

**UNIVERSITE VICTOR SEGALEN BORDEAUX II  
ECOLE DOCTORALE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES  
UFR DES SCIENCES DE L'HOMME**

**Année 2010**

**Thèse n°1729**

**Thèse pour le  
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX 2**

**Mention Psychologie**

**Présentée et soutenue publiquement  
le 18 octobre 2010**

**Par Carine SEGRESTAN-CROUZET  
Née le 26 mars 1980 à La Réole**

**EVOLUTION ET DIFFERENCES DANS  
L'AJUSTEMENT DES COUPLES AU CANCER DU SEIN**

**-**

**ROLE DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX  
ET INFLUENCE RECIPROQUE  
DES DEUX MEMBRES DE LA DYADE**

**Sous la direction de Madame le Professeur Nicole RASCLE**

**Composition du jury :**

**Thémis APOSTOLIDIS**, Professeur, Université d'Aix-Marseille I, (Rapporteur)

**Véronique CHRISTOPHE**, Maître de Conférence, Habilitée à Diriger des Recherches, Université de Lille III, (Rapporteur)

**Silla CONSOLI**, Professeur et Praticien Hospitalier, Service de Psychiatrie de Liaison, Hôpital Européen Georges Pompidou, Université Paris V, (Président du jury)

**Florence COUSSON-GELIE**, Maître de Conférence, Habilitée à Diriger des Recherches, Université de Bordeaux II, (Examineur)

**Alain RAVAUD**, Professeur et Praticien Hospitalier, Service d'Oncologie Médicale et de Radiothérapie, Hôpital St André, CHU de Bordeaux, Université de Bordeaux II, (Invité)

## REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je voudrais remercier ma directrice de thèse, Madame le Professeur Nicole Rascle, pour avoir accepté de diriger ce travail de doctorat et pour les suggestions qu'elle a pu me faire durant toutes ces années. Ta maîtrise des différentes théories et méthodologies ont enrichi ma réflexion personnelle. Ton soutien, ta compréhension et tes encouragements m'ont permis de mener ce travail à son terme.

Dans un second temps, je remercie Florence Cousson-Gélie pour sa présence dans le jury mais surtout pour la confiance qu'elle m'a accordée dès mon Master 1. Tu as su dès le départ me transmettre ton enthousiasme pour la recherche en psychoncologie et m'as permis de participer à de nombreux projets scientifiques mais aussi cliniques. Je souhaite sincèrement que cette collaboration se poursuive longtemps.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à Madame Véronique Christophe, Monsieur le Professeur Silla Consoli, Monsieur le Professeur Thémis Apostolidis et Monsieur le Professeur Alain Ravaud pour l'honneur qu'ils me font d'avoir accepté de siéger au jury de cette thèse. Vos connaissances et compétences seront d'une aide précieuse à la continuité de mes travaux.

Je remercie également l'ensemble des membres de l'équipe de Psychologie de la Santé de m'avoir accueillie dans ce groupe si dynamique. Merci aussi à Aurélie et Anaïs pour leur soutien « statistique » et leur disponibilité. Je dirai quelques mots pour Emilie qui a été la première doctorante à m'accueillir dans cette équipe. Tu m'as montré la voie et m'a encouragée à mener ma thèse à son terme. Merci pour ton écoute empathique, pour ta bonne humeur et pour tous les moments inoubliables que nous avons partagés.

Je remercie aussi de tout cœur les personnes avec lesquelles j'ai pu collaborer sur d'autres projets de recherche, notamment Fanny Soum-Pouyalet et Chantal Quintric. Nos échanges ont toujours été agréables et constructifs. Merci, Fanny, pour ton amitié. J'exprime aussi toute ma reconnaissance à Cécile Rossignol-Garcia pour son écoute et ses conseils. Tu as été pour moi un guide et j'ai beaucoup de respect pour ce que tu es (tant professionnellement qu'humainement).

Merci également aux équipes de l'Hôpital Saint André, de la clinique Tivoli, de la polyclinique Bordeaux Nord et de l'Hôpital Robert Boulin de m'avoir accueillie et d'avoir facilité les entretiens de recherche avec les patientes et leur conjoint. Plus particulièrement, je voudrais remercier Cathy Couget et Magali Gousset pour leur implication dans mon projet de recherche et leur grande disponibilité. Ce travail de thèse et les financements obtenus nous ont aussi permis de recruter plusieurs psychologues nouvellement diplômées pour mener une partie des entretiens de recherche (Marie-Claire, Mina, Anaïs, Mathilde, Estelle, et Carine). Vous vous êtes succédées, chacune avec sa personnalité et ses qualités, mais le plaisir a été le même à chaque fois.

Je voulais aussi faire un clin d'œil aux équipes d'oncologie et de radiothérapie de l'Hôpital Robert Boulin. Mon travail clinique à vos côtés a toujours enrichi ma réflexion théorique et je ne conçois plus de faire de recherche sans clinique ou de clinique sans recherche, l'un s'alimentant sans cesse de l'autre et inversement. J'exprime également ma gratitude au Docteur Maÿlis Carricaburu pour sa collaboration à mon travail de recherche, sa relecture attentive et son soutien sans faille au niveau professionnel.

Enfin, ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans l'investissement des patientes et des conjoints qui ont accepté d'y participer. Je leur suis très reconnaissante de l'intérêt qu'ils ont porté à ce travail.

Je ne peux conclure sans remercier mes proches. Je pense tout d'abord à mes parents qui ont contribué à faire de moi ce que je suis aujourd'hui. Leur confiance en moi est un moteur incroyable. Merci aussi à ma grand-mère et à ma sœur, Emilie, pour leur soutien et leur écoute.

Je n'oublie pas ma meilleure amie et confidente : Karine. Tous les moments partagés ensemble sont comme des bulles d'oxygène.

Enfin, merci David, pour ton soutien quotidien depuis toutes ces années. L'aboutissement de ce travail n'aurait pas été possible sans ta patience et ta confiance en moi. Merci aussi à Jules qui nous comble de bonheur et lira peut-être un jour le travail de Maman... bien plus tard.

Une patiente m'a écrit un jour : « Je réalise la vie. » Elle m'expliquait qu'elle réalisait le bonheur d'être en vie, mais aussi que ce bonheur-là se réalise, se fabrique. Mon travail en psycho-oncologie m'a appris à profiter de tous les moments heureux, mais aussi à les provoquer. Qu'ils soient encore nombreux.

*Ce projet de recherche a reçu le soutien de la Fondation de France, de la Région Aquitaine, du comité Aquitaine/Charentes de la Ligue Contre le Cancer et de l'Institut National du Cancer.*

*À la mémoire de mon Grand-Père, de Christian, et Joël*

*À leurs épouses et leurs enfants,*

## Résumé

### Evolution et différences dans l'ajustement des couples au cancer du sein Rôle des facteurs psychosociaux et influence réciproque des deux membres de la dyade

**Introduction :** Les premiers mois qui suivent un diagnostic de cancer du sein représentent un temps critique pour les patientes et leur partenaire. Les objectifs de cette étude sont de décrire l'évolution de variables psychosociales et d'examiner les effets individuels et dyadiques de ces variables sur l'ajustement des couples.

**Méthode :** 83 patientes atteintes d'un cancer et 76 couples touchés par cette maladie ont été rencontrés au début, au milieu et à la fin du traitement, puis 1, 3 et 6 mois après la fin du traitement. Ils ont complété des mesures de contrôle émotionnel, de détresse psychologique, de qualité de vie, d'ajustement dyadique, de soutien social et de coping face à la maladie.

**Résultats:** Les résultats montrent que les sujets rapportent des niveaux élevés d'anxiété, avec un court déclin pour les patientes durant le traitement. Le soutien social, l'esprit combatif et les préoccupations diminuent avec le temps.

En utilisant l'Actor and Partner Interdependence Model, nos résultats révèlent que la détresse psychologique, le contrôle émotionnel, le soutien social négatif et les stratégies de coping émotionnelles ont des effets acteurs et partenaires négatifs sur l'ajustement des patientes et des conjoints, et que l'ajustement dyadique et le soutien social ont des effets acteurs et partenaires positifs sur ce même ajustement. De plus, la détresse psychologique des patientes, le soutien social négatif et les stratégies de coping émotionnelles jouent un rôle positif et significatif sur l'ajustement des partenaires. Le soutien social a des effets acteurs et partenaires sur le choix des stratégies de coping.

**Conclusion :** Ces résultats montrent l'importance de combiner les approches transactionnelle individuelle et systémique. Les résultats suggèrent également que les couples pourraient bénéficier d'interventions qui augmentent le soutien social et les compétences de communication et qui aident à gérer la détresse psychologique.

**Mots clés :** *Cancer du sein, couple, anxiété, dépression, contrôle émotionnel, qualité de vie, soutien social, coping, ajustement dyadique, approche transactionnelle, approche systémique*

## Abstract

### Changes and differences in couples' adjustment to breast cancer Role of psychosocial variables and mutual influence of both members of the dyad

**Introduction:** The first months following breast cancer diagnosis is a critical period for patients and their partners. The objectives of the study were to describe the course of psychosocial variables and to examine the individual and dyadic effects of these variables on the adjustment of couples.

**Method:** 83 breast cancer patients and 76 couples dealing with breast cancer were interviewed at the beginning, half way through, at the end of the treatment, and 1, 3 and 6 months after treatment completion. They completed measures of emotional control, psychological distress, quality of life, dyadic adjustment, social support and coping.

**Results:** Results showed that subjects endured high levels of anxiety, with a short decline for women during treatment. Social support, fighting spirit and anxious preoccupations decreased over time.

Using the Actor and Partner Interdependence Model, results revealed that psychological distress, emotional control, negative social support and emotional coping strategies had similar negative actor and partner effects on respective adjustment, and that dyadic adjustment and social support had similar positive actor and partner effects on patients' and partners' adjustment. Patient's psychological distress, negative social support and emotional coping strategies play significant and positive roles in partner's adjustment. Social support had actor and partner effects on choices of coping strategies.

**Conclusion:** These findings show the importance of combining individual transactional and systemic approaches. Results also suggest that couples may benefit from interventions that enhance social support and communications skills and manage psychological distress.

**Key words :** *Breast cancer, couple, anxiety, depression, emotional control, quality of life, social support, coping, dyadic adjustment, transactional approach, systemic approach*

**Correspondance :**

Laboratoire de psychologie  
« Santé et Qualité de Vie » EA4139  
Université Bordeaux 2  
3 ter, place de la Victoire  
33076 Bordeaux cedex  
Tel : 05.57.57.18.11  
[carine.segrestan@etud.u-bordeaux2.fr](mailto:carine.segrestan@etud.u-bordeaux2.fr)

Ecole Doctorale des Sciences Sociales  
« Société, Santé, Décision »  
Université Bordeaux 2  
3 ter, place de la Victoire  
33076 Bordeaux cedex  
Tel : 05.57.57.19.62

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>15</b>
<b>PREMIERE PARTIE. LE CANCER DU SEIN : UN EVENEMENT DE VIE MAJEUR POUR LE COUPLE, DES MODALITES D'AJUSTEMENT</b> .....	<b>17</b>
<b>CHAPITRE 1. LE CANCER DU SEIN DANS LE COUPLE : LES DIFFERENTES ETAPES, DU DIAGNOSTIC A LA PERIODE POST THERAPEUTIQUE</b> .....	<b>18</b>
<b>1.1. Le cancer du sein : aspects biomédicaux</b> .....	<b>18</b>
1.1.1. Epidémiologie des cancers du sein.....	18
1.1.2. Anatomie du sein.....	19
1.1.3. Aspects histologiques des cancers du sein .....	19
1.1.4. Stade TNM et autres caractéristiques de la tumeur .....	21
1.1.5. Les facteurs de risque du cancer du sein .....	22
<b>1.2. Ajustement des patientes et de leur conjoint au cancer du sein</b> .....	<b>23</b>
1.2.1. Impact du cancer du sein sur la qualité de vie.....	24
1.2.1.1. Le concept de qualité de vie .....	24
1.2.1.2. Les mesures de la qualité de vie .....	25
1.2.1.3. La qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein .....	27
1.2.1.4. La qualité de vie des conjoints de patientes atteintes d'un cancer du sein.....	30
1.2.2. Impact du cancer du sein sur la détresse émotionnelle.....	31
1.2.2.1. Définitions et conceptions théoriques.....	31
1.2.2.1.1. <i>L'anxiété</i> .....	31
1.2.2.1.2. <i>L'état de stress post-traumatique</i> .....	33
1.2.2.1.3. <i>La dépression</i> .....	33
1.2.2.1.4. <i>D'une détresse émotionnelle normale à une détresse émotionnelle pathologique</i> .....	35
1.2.2.2. Les mesures de la détresse émotionnelle en oncologie.....	35
1.2.2.3. Prévalence et description de la détresse émotionnelle chez les patientes atteintes d'un cancer du sein .....	37
1.2.2.3.1. <i>L'épisode dépressif majeur et le risque suicidaire</i> .....	37
1.2.2.3.2. <i>Les symptômes anxio-dépressifs</i> .....	38
1.2.2.3.3. <i>Au-delà du traumatisme</i> .....	39
1.2.2.4. Prévalence et description de la détresse émotionnelle chez les conjoints de patientes atteintes d'un cancer du sein.....	40
<b>1.3. Temps clé de la maladie</b> .....	<b>42</b>
1.3.1. La période diagnostique .....	42
1.3.1.1. Les examens radiologiques.....	43
1.3.1.2. Les prélèvements mammaires.....	43
1.3.1.3. Le vécu des patientes face aux examens diagnostiques .....	44
1.3.2. Les traitements du cancer du sein.....	46
1.3.2.1. La chirurgie.....	46
1.3.2.1.1. <i>Description des différents types de chirurgie</i> .....	46
1.3.2.1.2. <i>Ajustement des patientes à la chirurgie</i> .....	47
1.3.2.1.3. <i>Ajustement des conjoints à la chirurgie</i> .....	49
1.3.2.2. La radiothérapie.....	51
1.3.2.2.1. <i>Description du traitement radiothérapeutique</i> .....	51
1.3.2.2.2. <i>Ajustement des patientes à la radiothérapie</i> .....	51
1.3.2.3. La chimiothérapie .....	54
1.3.2.3.1. <i>Description du traitement chimiothérapeutique</i> .....	54
1.3.2.3.2. <i>Impact du traitement sur la détresse émotionnelle et la qualité de vie générale des patientes</i> .....	54
1.3.2.3.3. <i>Alopécie</i> .....	56
1.3.2.3.4. <i>Ménopause précoce</i> .....	56
1.3.2.3.5. <i>Impact sur la sexualité</i> .....	57
1.3.2.3.6. <i>Troubles cognitifs et mnésiques</i> .....	57
1.3.2.3.7. <i>Fatigue</i> .....	58
1.3.2.3.8. <i>Ajustement des conjoints à la chimiothérapie</i> .....	58
1.3.2.4. L'hormonothérapie .....	59
1.3.2.4.1. <i>Description du traitement par hormonothérapie</i> .....	59

1.3.2.4.2.	<i>Ajustement des patientes à l'hormonothérapie</i>	60
1.3.2.5.	La thérapie ciblée	61
1.3.3.	La période post thérapeutique	62
1.3.3.1.	Une surveillance médicale rapprochée	62
1.3.3.2.	La qualité de vie des patientes durant la période post-thérapeutique	62
1.3.3.3.	La détresse émotionnelle des patientes durant la période post-thérapeutique	63
1.3.3.4.	Ajustement du couple à la période post-thérapeutique	64
<b>1.4.</b>	<b>Conclusion</b>	<b>65</b>

**CHAPITRE 2. SOUTIEN SOCIAL ET AJUSTEMENT DYADIQUE : LEUR IMPACT SUR LA QUALITE DE VIE ET LA DETRESSE EMOTIONNELLE DES PATIENTES ET DE LEUR CONJOINT**

		<b>67</b>
<b>2.1.</b>	<b>Le soutien social</b>	<b>67</b>
2.1.1.	Définitions et modèles : besoins de soutien, soutien reçu, soutien perçu	67
2.1.1.1.	Définitions du soutien social	67
2.1.1.2.	Un concept pluridimensionnel	68
2.1.1.3.	Différents types et sources de soutien social	69
2.1.1.4.	Le soutien social dans l'approche transactionnelle du stress	69
2.1.1.5.	La conception du soutien social en psycho-oncologie	70
2.1.2.	La mesure du soutien social en cancérologie	71
2.1.2.1.	Mesures génériques du soutien social	71
2.1.2.1.1.	<i>Questionnaires de soutien social perçu</i>	71
2.1.2.1.2.	<i>Questionnaires de comportements de soutien</i>	72
2.1.2.1.3.	<i>Questionnaire de soutien négatif</i>	73
2.1.2.2.	Mesures spécifiques aux pathologies chroniques ou au cancer	73
2.1.2.3.	Mesures spécifiques aux conjoints	75
2.1.2.4.	Conclusion sur les mesures de soutien social utilisées en cancérologie	77
<b>2.2.</b>	<b>Le rôle du soutien social dans le vécu du cancer</b>	<b>77</b>
2.2.1.	L'impact du soutien social sur la qualité de vie et la détresse émotionnelle des patientes	77
2.2.1.1.	Les besoins de soutien des patientes et leur satisfaction	78
2.2.1.2.	Evolution temporelle du soutien social	79
2.2.1.3.	Quantité et disponibilité du soutien social	80
2.2.1.4.	Les types de soutien	81
2.2.1.5.	Les sources de soutien	83
2.2.1.5.1.	<i>Le soutien marital</i>	84
2.2.1.5.2.	<i>Le soutien apporté par les professionnels de santé</i>	85
2.2.1.6.	Les prédicteurs du soutien social	86
2.2.1.6.1.	<i>Les variables sociodémographiques et biomédicales</i>	86
2.2.1.6.2.	<i>Les traits de personnalité</i>	87
2.2.1.6.3.	<i>La détresse émotionnelle</i>	87
2.2.1.7.	Effets d'interaction et rôles médiateur et modérateur du soutien social	88
2.2.1.7.1.	<i>Définitions</i>	88
2.2.1.7.2.	<i>Description dans le cas de cancers du sein</i>	90
2.2.1.8.	Conclusion	91
2.2.2.	L'impact du soutien social sur la qualité de vie et la détresse émotionnelle des partenaires	91
2.2.2.1.	Les besoins des partenaires en terme de soutien social	91
2.2.2.2.	L'évolution temporelle du soutien social	94
2.2.2.3.	Quantité et disponibilité du soutien social	94
2.2.2.4.	Les sources de soutien	95
2.2.2.5.	Les variables prédictives du soutien perçu par les conjoints	96
2.2.2.6.	Conclusion	96
<b>2.3.</b>	<b>L'ajustement dyadique</b>	<b>97</b>
2.3.1.	Description du concept	97
2.3.2.	La mesure de l'ajustement dyadique ou de la satisfaction maritale	98
2.3.3.	Ajustement dyadique et cancer	99
2.3.3.1.	Impact du cancer sur l'ajustement dyadique du couple	99
2.3.3.2.	Impact de l'ajustement dyadique sur la détresse émotionnelle et la qualité de vie	102
2.3.3.2.1.	<i>Impact sur l'ajustement des patientes</i>	102
2.3.3.2.2.	<i>Impact sur l'ajustement des conjoints</i>	103
2.3.3.2.3.	<i>Impact sur le couple</i>	103

2.3.3.3.	Les prédicteurs de l'ajustement dyadique des patientes atteintes d'un cancer du sein et de leur partenaire .....	104
2.3.3.3.1.	<i>Qualité des relations maritales avant le diagnostic</i> .....	104
2.3.3.3.2.	<i>La détresse émotionnelle</i> .....	104
2.3.3.3.3.	<i>La communication</i> .....	104
2.3.3.3.4.	<i>L'empathie</i> .....	105
<b>2.4.</b>	<b>La communication au sein du couple</b> .....	106
2.4.1.	Alexithymie versus expression des émotions .....	106
2.4.2.	La communication .....	107
<b>2.5.</b>	<b>Conclusion</b> .....	108
<b>CHAPITRE 3. LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT AU CANCER DU SEIN : DE L'INDIVIDUEL A L'INTERINDIVIDUEL .....</b>		<b>109</b>
<b>3.1.</b>	<b>Stratégies d'ajustement à la pathologie cancéreuse ou « coping »</b> .....	109
3.1.1.	Conceptions et définition du coping .....	109
3.1.2.	Les stratégies de coping spécifiques à la pathologie cancéreuse .....	112
3.1.2.1.	Emergence, description et évaluation des stratégies spécifiques au cancer .....	112
3.1.2.2.	Des stratégies privilégiées ? .....	116
3.1.2.3.	Evolution des stratégies de coping .....	117
3.1.3.	Les mesures du coping .....	119
3.1.3.1.	Les mesures génériques .....	119
3.1.3.1.1.	<i>Echelles de coping générales</i> .....	119
3.1.3.1.2.	<i>Echelles de coping spécifiques aux problèmes de santé</i> .....	121
3.1.3.2.	Les mesures spécifiques à la pathologie cancéreuse .....	121
3.1.3.3.	Conclusion sur les mesures du coping dans les études sur le cancer du sein .....	123
3.1.4.	Le coping : impact sur l'ajustement au cancer du sein .....	124
3.1.4.1.	Impact du coping sur la qualité de vie et la détresse émotionnelle des patientes .....	124
3.1.4.1.1.	<i>Les stratégies de coping centré sur le problème</i> .....	124
3.1.4.1.2.	<i>L'acceptation</i> .....	125
3.1.4.1.3.	<i>Le coping expressif</i> .....	125
3.1.4.1.4.	<i>Les autres stratégies émotionnelles</i> .....	125
3.1.4.1.5.	<i>L'évitement</i> .....	126
3.1.4.1.6.	<i>Les stratégies de coping « positives »</i> .....	126
3.1.4.1.7.	<i>La recherche de soutien social</i> .....	127
3.1.4.1.8.	<i>Conclusion sur l'impact des différentes stratégies de coping sur l'ajustement des patientes</i> .....	128
3.1.4.2.	Variables prédictives du coping adopté par les patientes .....	128
3.1.4.3.	Rôles médiateur et modérateur des stratégies de coping .....	130
3.1.4.4.	Impact du coping sur la qualité de vie et la détresse émotionnelle des partenaires .....	132
<b>3.2.</b>	<b>Le coping dyadique</b> .....	133
3.2.1.	D'une vision individuelle du coping au sein du couple à une vision dyadique .....	133
3.2.2.	Description et définition du concept .....	134
3.2.3.	La mesure du coping dyadique .....	137
3.2.4.	Coping dyadique et cancer .....	137
<b>3.3.</b>	<b>Conclusion</b> .....	142
<b>CHAPITRE 4. VERS UN MODELE TRANSACTIONNEL ET DYADIQUE DE L'AJUSTEMENT DU COUPLE AU CANCER DU SEIN .....</b>		<b>143</b>
<b>4.1.</b>	<b>Le modèle de la Psychologie de la Santé</b> .....	143
<b>4.2.</b>	<b>Les modèles spécifiques du fonctionnement interpersonnel</b> .....	146
4.2.1.	Le modèle systémique de santé de Rolland (1987 ; 1994) .....	146
4.2.2.	Le modèle du fonctionnement du mariage de Karney et Bradbury (1995) .....	149
<b>4.3.</b>	<b>Un modèle spécifique de l'adaptation des couples au cancer</b> .....	150
<b>4.4.</b>	<b>Vers un modèle dyadique de l'ajustement des couples au cancer du sein</b> .....	152
<b>CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE .....</b>		<b>157</b>
<b>DEUXIEME PARTIE. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE .....</b>		<b>159</b>
<b>CHAPITRE 1. OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE LA RECHERCHE .....</b>		<b>161</b>
<b>1.1.</b>	<b>Objectifs de la recherche</b> .....	161
<b>1.2.</b>	<b>Hypothèses et modèle général de la recherche</b> .....	161
1.2.1.	Hypothèse générale .....	161

1.2.2.	Hypothèse 1 (H1) de type développemental .....	162
1.2.3.	Hypothèse 2 (H2) de type comparatif .....	162
1.2.4.	Hypothèse 3 (H3) : les prédicteurs de l'ajustement au cancer du sein .....	162
1.2.4.1.	Hypothèse 3a (H3a) de type inférentiel et intraindividuel .....	162
1.2.4.2.	Hypothèse 3b (H3b) de type inférentiel et interindividuel ou dyadique .....	163
1.2.5.	Hypothèse 4 (H4) de type inférentiel, intraindividuel et dyadique : les prédicteurs des stratégies de coping .....	163
1.2.6.	Hypothèse 5 (H5) de type inférentiel, intraindividuel et dyadique : les prédicteurs du soutien social spécifique au cancer.....	164
<b>CHAPITRE 2. POPULATION D'ETUDE ET PROCEDURE.....</b>		<b>166</b>
2.1.	<b>Population d'étude</b> .....	166
2.1.1.	Les patientes.....	166
2.1.2.	Les conjoints .....	167
2.1.3.	Discussion sur la population d'étude.....	168
2.2.	<b>Déroulement de la recherche</b> .....	168
<b>CHAPITRE 3. METHODES D'EVALUATION ET COTATION DES DIFFERENTES VARIABLES DE L'ETUDE .....</b>		<b>172</b>
3.1.	<b>Les critères</b> .....	172
3.1.1.	La détresse émotionnelle .....	172
3.1.2.	La qualité de vie .....	173
3.1.3.	L'ajustement dyadique .....	174
3.2.	<b>Les antécédents</b> .....	175
3.2.1.	Les variables socio-démographiques.....	175
3.2.2.	Les variables médicales.....	175
3.2.3.	Les variables dyadiques .....	176
3.2.4.	Le contrôle émotionnel.....	177
3.3.	<b>Les transactions</b> .....	178
3.3.1.	Le stress perçu.....	178
3.3.2.	Le soutien social.....	178
3.3.2.1.	Le SSQ6 (Sarason et al., 1983).....	178
3.3.2.2.	Le QueSSSC ou Questionnaire de Soutien Social Spécifique au Cancer .....	179
3.4.	<b>Les stratégies de coping</b> .....	181
3.4.1.	La WCC (Cousson et al., 1996) .....	181
3.4.2.	La MAC (Watson et al., 1988).....	182
3.5.	<b>Tableau récapitulatif des variables</b> .....	183
<b>CHAPITRE 4. TECHNIQUES D'ANALYSE DES DONNEES .....</b>		<b>186</b>
4.1.	<b>Le test t de Student</b> .....	186
4.2.	<b>Les analyses de variance</b> .....	186
4.2.1.	Les analyses de variance à un facteur.....	186
4.2.2.	Les analyses de variance à mesures répétées .....	187
4.3.	<b>Les Analyses Factorielles Exploratoires</b> .....	187
4.4.	<b>Les analyses dyadiques : le modèle APIM</b> .....	188
<b>CHAPITRE 5. ETUDES DESCRIPTIVES ET COMPARATIVES .....</b>		<b>190</b>
5.1.	<b>Etude descriptive de la population d'étude</b> .....	190
5.1.1.	Les patientes.....	190
5.1.2.	Les partenaires .....	191
5.1.3.	Les dyades.....	192
5.2.	<b>Etude comparative des patientes vivant seules ou en couple</b> .....	193
5.3.	<b>Etude comparative des patientes vivant en couple ayant participé seule ou avec leur conjoint</b> .....	194
5.4.	<b>Etude comparative des patientes en fonction des traitements administrés</b> .....	195
5.4.1.	Etude comparative des patientes en fonction du type de chirurgie.....	195
5.4.2.	Etude comparative des patientes en fonction du type du traitement adjuvant ou néo-adjuvant .....	196
5.4.3.	Etude comparative des patientes ayant reçu un traitement par hormonothérapie ou non .....	197
5.4.4.	Etude comparative des patientes ayant reçu un traitement par immunothérapie ou non... ..	198
5.4.5.	Bilan des études comparatives et discussion .....	199

## TROISIEME PARTIE. RESULTATS DE LA RECHERCHE ET DISCUSSIONS PARTIELLES .. 200

<b>CHAPITRE 1. L'EVOLUTION TEMPORELLE DE CERTAINES VARIABLES.....</b>	<b>202</b>
<b>1.1. Rappel de l'hypothèse 1</b> .....	202
<b>1.2. Résultats relatifs à l'hypothèse 1</b> .....	202
1.2.1. Evolution de la qualité de vie et de la détresse émotionnelle .....	202
1.2.2. Evolution de l'ajustement dyadique, du soutien social et du coping.....	205
1.2.2.1. Evolution de l'ajustement dyadique.....	207
1.2.2.2. Evolution du soutien social.....	208
1.2.2.3. Evolution du coping.....	210
<b>1.3. Discussion relative à l'hypothèse 1</b> .....	211
1.3.1. La détresse émotionnelle et la qualité de vie.....	211
1.3.1.1. La détresse émotionnelle .....	211
1.3.1.2. La qualité de vie .....	213
1.3.2. L'ajustement dyadique .....	215
1.3.3. Le soutien social.....	215
1.3.4. Le coping.....	216
1.3.5. Conclusion .....	217
<b>CHAPITRE 2. RELATIONS ENTRE LES SCORES DES PATIENTES ET DES PARTENAIRES.....</b>	<b>220</b>
<b>2.1. Rappel de l'hypothèse 2</b> .....	220
<b>2.2. Résultats relatifs à l'hypothèse 2</b> .....	220
<b>2.3. Discussion relative à l'hypothèse 2</b> .....	224
2.3.1. La détresse émotionnelle .....	224
2.3.2. La qualité de vie .....	224
2.3.3. Le contrôle émotionnel.....	224
2.3.4. L'ajustement dyadique .....	225
2.3.5. Le soutien social.....	225
2.3.6. Les stratégies de coping.....	225
2.3.7. Conclusion.....	226
<b>CHAPITRE 3. ETUDE DYADIQUE DE LA DETRESSE EMOTIONNELLE ET DE LA QUALITE DE VIE DE COUPLES CONFRONTES AU CANCER DU SEIN .....</b>	<b>227</b>
<b>3.1. Rappel de l'hypothèse 3a</b> .....	227
<b>3.2. Résultats relatifs à l'hypothèse 3a</b> .....	227
3.2.1. La détresse émotionnelle.....	228
3.2.1.1. La symptomatologie anxieuse .....	228
3.2.1.2. La symptomatologie dépressive.....	230
3.2.2. La qualité de vie .....	232
3.2.2.1. La qualité de vie physique .....	232
3.2.2.2. La qualité de vie mentale.....	233
<b>3.3. Rappel de l'hypothèse 3b</b> .....	236
<b>3.4. Résultats relatifs à l'hypothèse 3b</b> .....	236
3.4.1. La détresse émotionnelle .....	236
3.4.1.1. La symptomatologie anxieuse .....	236
3.4.1.2. La symptomatologie dépressive.....	238
3.4.2. La qualité de vie .....	239
3.4.2.1. La qualité de vie physique .....	239
3.4.2.2. La qualité de vie mentale.....	241
<b>3.5. Discussion des résultats relatifs à l'hypothèse 3</b> .....	243
3.5.1. Etude dyadique de la détresse émotionnelle.....	243
3.5.1.1. Impact de la détresse émotionnelle .....	243
3.5.1.2. Impact du contrôle émotionnel .....	244
3.5.1.3. Impact de la qualité de vie .....	244
3.5.1.4. Impact de l'ajustement dyadique .....	245
3.5.1.5. Impact du soutien social .....	246
3.5.1.6. Impact du coping .....	247
3.5.2. Etude dyadique de la qualité de vie.....	249
3.5.2.1. Impact de la qualité de vie .....	249
3.5.2.2. Impact de la détresse émotionnelle .....	250
3.5.2.3. Impact du contrôle émotionnel .....	250
3.5.2.4. Impact de l'ajustement dyadique .....	251
3.5.2.5. Impact du soutien social .....	251
3.5.2.6. Impact du coping .....	252

<b>CHAPITRE 4. ETUDE DYADIQUE DU COPING AUPRES DE COUPLES CONFRONTES AU</b>	
<b>CANCER DU SEIN .....</b>	<b>254</b>
<b>4.1. Rappel de l'hypothèse 4 .....</b>	<b>254</b>
<b>4.2. Résultats relatifs à l'hypothèse 4 .....</b>	<b>254</b>
4.2.1. Le coping centré sur le problème .....	254
4.2.1.1. Effets acteurs .....	254
4.2.1.2. Effets partenaires .....	255
4.2.2. Le coping centré sur l'émotion.....	256
4.2.2.1. Effets acteurs .....	256
4.2.2.2. Effets partenaires .....	258
4.2.3. La recherche de soutien social.....	258
4.2.3.1. Effets acteurs .....	258
4.2.3.2. Effets partenaires .....	260
4.2.4. L'esprit combatif.....	261
4.2.4.1. Effets acteurs .....	261
4.2.4.2. Effets partenaires .....	262
4.2.5. L'impuissance/désespoir .....	262
4.2.5.1. Effets acteurs .....	262
4.2.5.2. Effets partenaires .....	263
4.2.6. Les préoccupations anxieuses .....	264
4.2.6.1. Effets acteurs .....	264
4.2.6.2. Effets partenaires .....	265
4.2.7. L'évitement cognitif.....	265
4.2.7.1. Effets acteurs .....	265
4.2.7.2. Effets partenaires .....	266
4.2.8. La dénégation .....	267
4.2.8.1. Effets acteurs .....	267
4.2.8.2. Effets partenaires .....	268
<b>4.3. Discussion relative à l'hypothèse 4 .....</b>	<b>268</b>
4.3.1. Impact du contrôle émotionnel sur le coping .....	268
4.3.2. Impact de l'ajustement dyadique sur le coping.....	269
4.3.3. Impact du soutien social sur le coping .....	270
4.3.3.1. Impact du soutien social général sur le coping .....	270
4.3.3.1.1. <i>Impact de la disponibilité du soutien social sur le coping</i> .....	270
4.3.3.1.2. <i>Impact de la satisfaction du soutien social sur le coping</i> .....	271
4.3.3.2. Impact du soutien social spécifique sur le coping .....	272
4.3.3.2.1. <i>Impact du soutien émotionnel sur le coping</i> .....	272
4.3.3.2.2. <i>Impact du soutien matériel et distrayant sur le coping</i> .....	272
4.3.3.2.3. <i>Impact du soutien informatif sur le coping</i> .....	273
4.3.3.2.4. <i>Impact du soutien négatif sur le coping</i> .....	274
4.3.4. Impact de la détresse émotionnelle sur le coping.....	274
<b>CHAPITRE 5. ETUDE DYADIQUE DU SOUTIEN SOCIAL SPECIFIQUE AUPRES DE COUPLES</b>	
<b>CONFRONTES AU CANCER DU SEIN .....</b>	<b>276</b>
<b>5.1. Rappel de l'hypothèse 5 .....</b>	<b>276</b>
<b>5.2. Résultats relatifs à l'hypothèse 5 .....</b>	<b>276</b>
5.2.1. Le soutien émotionnel .....	276
5.2.1.1. Effets acteurs .....	276
5.2.1.2. Effets partenaires .....	277
5.2.2. Le soutien matériel et distrayant.....	278
5.2.2.1. Effets acteurs .....	278
5.2.2.2. Effets partenaires .....	278
5.2.3. Le soutien informatif.....	279
5.2.3.1. Effets acteurs .....	279
5.2.3.2. Effets partenaires .....	280
5.2.4. Le soutien négatif.....	280
5.2.4.1. Effets acteurs .....	280
5.2.4.2. Effets partenaires .....	281
<b>5.3. Discussion relative à l'hypothèse 5 .....</b>	<b>282</b>
5.3.1. Impact du contrôle émotionnel sur le soutien social spécifique .....	282
5.3.2. Impact de l'ajustement dyadique sur le soutien social spécifique.....	282
5.3.3. Impact de la détresse émotionnelle sur le soutien social spécifique.....	283

<b>DISCUSSION GENERALE .....</b>	<b>285</b>
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>313</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>314</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>344</b>

# INTRODUCTION

Une femme sur onze développe un cancer du sein au cours de sa vie. Près de 50 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année en France et cette maladie représente la première cause de mortalité des femmes âgées de 35 à 45 ans.

Malgré les nombreuses avancées thérapeutiques, le cancer du sein garde un caractère menaçant aux yeux de la société et peut entraîner des remaniements physiques et psychologiques importants. La sphère relationnelle est elle aussi bouleversée. Nous verrons pourtant que les recherches sur le cancer du sein ont longtemps été centrées sur l'unique vécu des patientes. Les chercheurs s'intéressent depuis peu à l'impact de la maladie sur le conjoint, mais les études portent la plupart du temps sur leur ajustement individuel. Pourtant, les relations interpersonnelles de proximité joueraient un rôle important dans l'adaptation à une maladie grave. L'ajustement des patientes et des conjoints serait largement dépendant de la qualité des relations maritales. Mais l'analyse conjointe du vécu de la patiente et de son partenaire pour expliquer l'ajustement des couples au cancer est encore très rare.

D'autre part, cette maladie est jalonnée d'étapes successives (phase diagnostique, entrée dans les traitements, phase de rémission, etc.) dont il est essentiel de tenir compte pour évaluer son impact sur le couple. Seules des recherches longitudinales avec des mesures répétées permettent d'intégrer cette dimension temporelle de la maladie. Elles sont encore peu nombreuses de nos jours car très contraignantes à mettre en œuvre.

Certaines questions n'ont donc pas encore été totalement élucidées par les chercheurs. Comment les patientes atteintes d'un cancer du sein et leur conjoint s'adaptent-ils aux différentes étapes de la maladie ? Quelle influence le conjoint peut-il avoir sur l'adaptation de sa compagne au cancer ? La patiente influence-t-elle, de son côté, l'ajustement de son partenaire ? Autant d'interrogations auxquelles nous essaierons d'apporter des réponses au fil de notre travail.

La présentation de cette recherche s'articulera autour de trois grandes parties.

La première partie est une revue de la littérature dont l'objectif sera de mettre en évidence les principaux facteurs influençant l'ajustement des couples au cancer du sein. Dans le premier chapitre nous présenterons les aspects biomédicaux de cette maladie, et l'ajustement des patientes et des conjoints au cancer du sein en fonction de différentes étapes-clés (diagnostic, traitements et période de rémission). Le second chapitre portera sur le rôle du soutien social, puis plus spécifiquement du soutien marital, de l'ajustement dyadique et de la communication dans l'adaptation des couples au cancer du sein. Nous consacrerons un troisième chapitre aux stratégies utilisées par les patientes et leur conjoint à un niveau individuel, mais aussi en tant que couple. Dans le quatrième chapitre, nous proposerons un modèle appliqué au vécu du cancer dans le couple.

La seconde partie décrira la méthodologie d'une recherche que nous avons menée auprès de 83 patientes atteintes d'un cancer du sein et 76 couples touchés par cette maladie. Seront successivement présentés les objectifs et hypothèses de l'étude, la population et la procédure de recherche, les variables et les outils utilisés, et les analyses statistiques choisies pour vérifier nos hypothèses.

La troisième partie sera consacrée à la présentation et à la discussion des résultats de cette étude. Puis, une discussion générale nous permettra de proposer une synthèse de nos résultats et des perspectives théoriques mais aussi appliquées.

**PREMIERE PARTIE. LE CANCER DU SEIN : UN  
EVENEMENT DE VIE MAJEUR POUR LE COUPLE, DES  
MODALITES D'AJUSTEMENT**

# **CHAPITRE 1. LE CANCER DU SEIN DANS LE COUPLE : LES DIFFERENTES ETAPES, DU DIAGNOSTIC A LA PERIODE POST THERAPEUTIQUE**

Ce chapitre répond à plusieurs objectifs. Le premier est de présenter les aspects biomédicaux de cette pathologie qu'est le cancer du sein. Nous nous intéresserons ensuite à l'ajustement des patientes et de leur conjoint à cette maladie selon deux principaux critères : la qualité de vie et la détresse émotionnelle. Enfin, nous étudierons l'ajustement des patientes et de leur compagnon aux différentes étapes-clés de la maladie (diagnostic, traitements et période de rémission).

## **1.1. Le cancer du sein : aspects biomédicaux**

### **1.1.1. Epidémiologie des cancers du sein**

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins. Il peut survenir chez l'homme, mais reste 200 fois moins fréquent que chez la femme. Dans le monde, plus de 1 050 000 nouveaux cas de cancers du sein surviennent chaque année et plus de 400 000 personnes en décèdent. On estime qu'en 2005, 49 814 nouveaux cas ont été diagnostiqués en France et 11 637 décès ont été déclarés (INCa, 2008).

Dans notre pays, l'incidence des cancers du sein a augmenté de 1 à 3 % par an depuis 30 ans. Ce sont en réalité le vieillissement de la population et l'extension du dépistage qui expliqueraient cette augmentation qui ralentit toutefois depuis 2000. La mortalité, elle, est restée stable jusqu'en 2000 et diminue depuis, grâce au dépistage et aux progrès des thérapies adjuvantes<sup>1</sup> (Rocheffort et Rouëssé, 2008). Aujourd'hui, le taux global de survie cinq ans après le diagnostic est de 85 %. Cependant, avec une femme sur dix touchée au cours de sa vie, la prévalence des cancers du sein dans la population française en fait toujours un problème de santé publique majeur.

---

<sup>1</sup> Les thérapies adjuvantes sont les traitements complémentaires (radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie...), ajoutés à un traitement principal (chirurgie) pour renforcer son action : ici, détruire les cellules cancéreuses qui peuvent être disséminées à distance de la tumeur.

### 1.1.2. Anatomie du sein

Le sein est une glande (glande mammaire) composée d'une vingtaine de compartiments séparés par du tissu graisseux. Chacun de ces compartiments comprend des lobules et des canaux (Schéma 1). Les lobules fabriquent du lait en période d'allaitement et les canaux le transportent vers le mamelon, cela sous l'influence d'hormones sexuelles (oestrogènes et progestérone). N'oublions pas, en effet, que la fonction première du sein est la lactation. Il joue aussi un rôle important dans la sexualité et l'image que la femme a de son corps et de sa féminité.

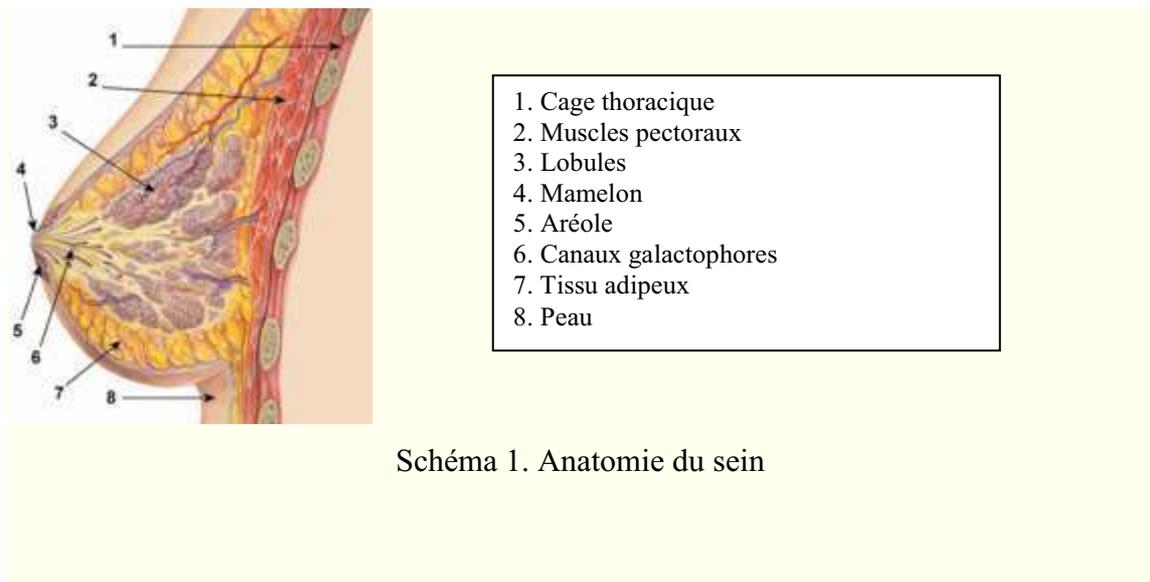


Schéma 1. Anatomie du sein

### 1.1.3. Aspects histologiques des cancers du sein

Toutes les cellules d'une tumeur sont issues d'une unique cellule dont la division est devenue anormale. Ce processus de formation d'une tumeur prend généralement plusieurs années. Plusieurs phases doivent être distinguées : l'hyperplasie (les cellules se reproduisent trop vite), la dysplasie (les cellules commencent à avoir une taille et une orientation anormales), les cancers in situ (la tumeur n'a pas encore franchi la membrane basale<sup>2</sup> qui constitue un « rempart »), les cancers infiltrants (les cellules ont franchi la membrane basale avec un risque d'envahissement vasculaire ou lymphatique), les cancers métastatiques (les cellules essaient par voie sanguine dans d'autres organes) (Weinberg, 1996).

Il existe des classifications des cancers du sein selon le type histologique. Ces classifications permettent de guider le choix thérapeutique du clinicien.

<sup>2</sup> Tous les tissus épithéliaux reposent sur une membrane basale qui les sépare du tissu conjonctif sous-jacent. Elle est perméable et représente une barrière physiologique extrêmement importante.

La grande majorité des cancers du sein sont des "adénocarcinomes", c'est-à-dire qu'ils se développent dans la glande mammaire, à partir des cellules des canaux (cancer canalaire) ou des lobules (cancer lobulaire).

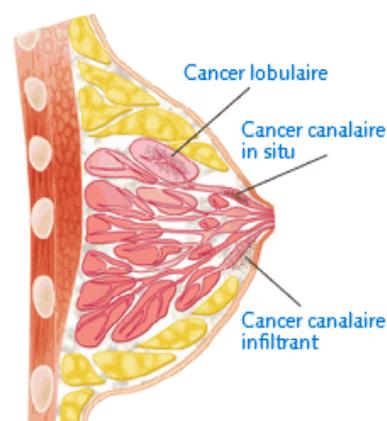
Il est important de distinguer les cancers non infiltrants et infiltrants (Tremblay, 1979) (Schéma 2) (Tableau 1) :

- Les cancers sont dits non infiltrants, intracanaux ou encore in situ si les cellules cancéreuses sont encore renfermées dans les canaux ou lobules. Ils peuvent être de deux types : carcinome lobulaire in situ ou carcinome intracanaux.
- Les cancers sont infiltrants lorsque les cellules malignes traversent la membrane des canaux ou des lobules et sont présentes dans les tissus qui les entourent. Le carcinome canalaire infiltrant est la forme la plus fréquente. Les cellules peuvent essaimer vers les ganglions puis diffuser dans l'organisme pour former des métastases.

Tableau 1 : Classification histologique des carcinomes mammaires de l'OMS

<b>Tumeurs épithéliales non infiltrantes</b>
Carcinome canalaire in situ (intracanaux) (CCIS)
Carcinome lobulaire in situ (CLIS)
<b>Tumeurs épithéliales infiltrantes</b>
Carcinome canalaire infiltrant SAI (sans autre indication)
Carcinome canalaire infiltrant avec composante intracanaux prédominante
Carcinome lobulaire infiltrant
Carcinome mucineux (colloïde)
Carcinome médullaire
Carcinome papillaire
Carcinome tubuleux
Carcinome adénoïde kystique
Carcinome sécrétant juvénile
Carcinome apocrine
Carcinome métaplasique de type épidermoïde
Carcinome métaplasique de type à cellules fusiformes
Carcinome métaplasique de type chondroïde et osseux
Carcinome métaplasique de type mixte
Maladie de Paget du mamelon

Schéma 2. Exemples de localisations de cancers du sein



Le choix thérapeutique dépend de la nature histologique des cancers. Ainsi la prise en charge des cancers infiltrants peut-elle associer des traitements locaux (chirurgie, radiothérapie) et des traitements généraux (chimiothérapie, hormonothérapie), alors que pour les cancers non infiltrants le traitement local peut suffire.

#### 1.1.4. Stade TNM et autres caractéristiques de la tumeur

Le choix du traitement dépend, comme nous venons de le voir, du type histologique du cancer, mais aussi des caractéristiques de la tumeur :

- Il existe tout d'abord un système international de classification des tumeurs malignes, la classification TNM (Tableau 2). La lettre "T", pour tumeur, précise son extension locale, la lettre "N", pour *node* (adénopathie ou ganglion lymphatique augmenté de volume) fait le point sur l'état des adénopathies régionales ; la lettre "M" désigne les métastases.

Tableau 2 : Classification TNM des tumeurs

T : Extension locale	Dimension de la tumeur	N : Extension loco-régionale	Atteinte des ganglions	M : Extension à distance	Métastases
T1	< 2 cm	N0	pas de signe d'atteinte ganglionnaire régionale	M0	absence de métastases
T2	entre 2 et 4 cm	N1	ganglions axillaires homolatéraux mobiles	M1	présence de métastases
T3	> 4 cm	N2	ganglions axillaires homolatéraux fixés		
T4	extension aux structures adjacentes (os, tissus mous, muscles)	N3	ganglions sous-claviculaires ou sus-claviculaires		

- Le degré d'agressivité des cellules est aussi étudié suite aux analyses réalisées sur les cellules prélevées lors d'une biopsie ou de l'ablation de la tumeur. Il est classé en différents stades SBR1, SBR2 et SBR3.
- On recherche également la sensibilité des cellules cancéreuses aux hormones féminines par dosage des récepteurs hormonaux. Celui-ci est effectué sur les fragments de tissus prélevés sur la tumeur et va guider le clinicien dans sa décision de proposer ou non un traitement hormonal.
- L'analyse des ganglions axillaires (prélevés au moment de l'ablation de la tumeur ou lors d'une seconde opération) permet de savoir s'ils renferment des cellules cancéreuses venant du sein et si le traitement envisagé sera régional (radiothérapie) ou général (chimiothérapie, hormonothérapie).
- Il peut parfois être utile de réaliser des examens complémentaires pour vérifier si d'autres organes sont atteints (scanner thoraco abdominal, échographie du foie et/ou radiographie des poumons, scintigraphie osseuse...). Les organes les plus susceptibles d'être le siège de métastases d'un cancer du sein sont les os, les poumons et le foie (les

cellules peuvent migrer via la circulation lymphatique et/ou la circulation sanguine) (Schéma 3).

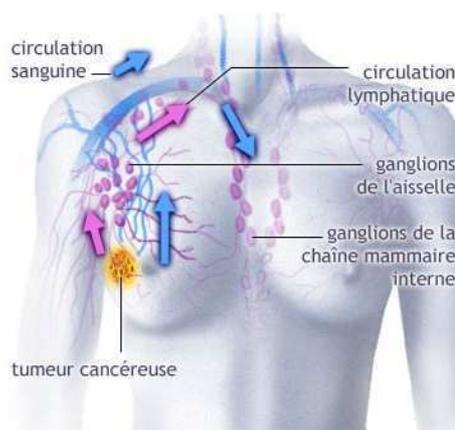


Schéma 3. Cancer du sein : les voies de propagation

#### 1.1.5. Les facteurs de risque du cancer du sein

Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés :

- L'âge : l'incidence augmente régulièrement à partir de 30 ans. 75% des cas surviennent chez des femmes de plus de 50 ans.
- Le sexe : c'est un cancer presque exclusivement féminin.
- Les facteurs hormonaux :
  - règles précoces (avant 12 ans) et ménopause tardive (après 50 ans)
  - pas de grossesse ou première grossesse tardive (après 35 ans)
  - les traitements hormonaux substitutifs (THS) de la ménopause<sup>3</sup>.
- Les antécédents familiaux : un antécédent familial matri- ou patrilinéaire augmente le risque de développer un cancer du sein. Seulement 5 à 10% des cancers du sein sont d'origine familiale. La découverte du gène BRCA1 sur le chromosome 17 et la localisation du BRCA2 sur le chromosome 13 ont ouvert des perspectives sur la prédiction du risque de survenue du cancer. En cas de mutation du gène BRCA1, il y a 65% de risque de développer un cancer du sein et 40% de développer un cancer de l'ovaire, et ce jusqu'à l'âge de 70 ans.
- Les antécédents personnels d'hyperplasie atypique au niveau mammaire.
- La consommation exagérée d'alcool, de sucres et de graisses d'origine animale, l'obésité, le diabète.

<sup>3</sup> La méta-analyse de Beral (1997) a permis de démontrer une augmentation du risque de diagnostiquer un cancer du sein sous THS.

Cependant, même si la présence d'un ou plusieurs de ces facteurs peut favoriser le développement d'un cancer du sein, une femme qui possède certaines de ces caractéristiques peut ne jamais développer cette pathologie. Il est également possible qu'une femme n'ayant aucun de ces facteurs soit atteinte d'un cancer du sein.

Il est important de rajouter que l'allaitement prolongé, une alimentation variée et équilibrée et une activité physique régulière constituent des facteurs qui diminuent le risque de développer un cancer mammaire.

Cette présentation biomédicale sur les cancers du sein nous permet de mieux comprendre cette pathologie et son extension possible. Cette maladie, souvent qualifiée d'insidieuse, est associée à de nombreuses réactions biopsychosociales chez les patientes qui en sont atteintes, tout comme chez leurs proches, et plus particulièrement leur conjoint. Cet ajustement des patientes et de leur conjoint est exposé dans le paragraphe suivant.

## **1.2. Ajustement des patientes et de leur conjoint au cancer du sein**

Le cancer du sein représente un événement de vie majeur pour les patientes et leur partenaire. Cette maladie, même associée à un taux de survie élevé, reste potentiellement mortelle. Si l'on se réfère à l'échelle d'ajustement social construite par Holmes et Rahe (1967) qui répertorie 43 événements de vie et le poids associé (c'est-à-dire l'importance des changements impliqués par ces événements), il apparaît que le décès d'un conjoint et une maladie grave sont classés respectivement au premier et au sixième rang de cette échelle. Plus récemment, Koopman, Angell, Turner-Cobb, Kreshka, Donnelly, McCoy, Turkseven, Graddy, Giese-Davis et Spiegel (2001) ont mené une étude auprès de 100 femmes atteintes d'un cancer du sein. Ces patientes ont affirmé que leur maladie faisait partie des quatre événements les plus stressants de leur vie. Cela nous donne une idée des difficultés d'adaptation rencontrées par le couple compte tenu des changements que semble susciter un cancer du sein tant pour la patiente que pour son conjoint qui ne peut ignorer l'évolution possible de cette maladie.

Il convient dans un premier temps de définir ce que nous entendons par adaptation. Selon Rivolier (1989, p99), le mot adaptation a « *longtemps signifié retour à*

*l'état antérieur ou maintien de l'équilibre malgré les changements de l'environnement »* mais l'adaptation représente aujourd'hui « *le résultat d'un changement* ». Il cite Vincent (1980, in Rivolier, 1989, p99-100) : « *Les processus cognitifs (mémoires, apprentissage), et leurs corollaires affectifs (émotions...) font partie des réponses adaptatives au même titre que les humeurs biologiques et l'interaction est continue entre le cerveau, organe de communication rapide et à faible inertie qui traite de la connaissance (processus cognitifs) et des relations avec le monde extérieur (perception, action, langage) et les glandes endocrines, système lent à grande inertie qui assure en quelque sorte l'intendance de l'adaptation.* ».

Nous allons voir que le cancer du sein constitue un événement de vie majeur qui vient effectivement perturber l'état physique, psychologique (processus cognitifs et affectifs) et social des patientes et de leur conjoint, autrement dit : leur qualité de vie.

### 1.2.1. Impact du cancer du sein sur la qualité de vie

#### 1.2.1.1. Le concept de qualité de vie

L'Organisation Mondiale de la Santé (Whoqol Group, 1993) définit la qualité de vie comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement.* »

Il est évident qu'il s'agit là d'une définition large, globale, qui ne permet pas un consensus. Toutefois, les chercheurs s'accordent à dire qu'il s'agit d'un concept pluridimensionnel qui se structure souvent autour de trois grands domaines : physique, psychologique et social. Notons également que la qualité de vie ne peut être appréciée que par le sujet lui-même (Schraub et Mercier, 2002).

La qualité de vie des personnes atteintes de pathologies chroniques est fortement dépendante de l'état de santé de ces dernières. Selon l'OMS (1946), la santé est « *un état de complet bien-être, physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »

Plus spécifiquement, la qualité de vie associée à la santé « désigne l'état fonctionnel des individus et les conséquences de cet état sur leur fonctionnement physique, psychologique et social. » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.52)

En cancérologie, le concept de qualité de vie a émergé lorsque les traitements mis au point sont devenus de plus en plus agressifs en termes d'effets secondaires : avant de proposer un nouveau traitement, les oncologues prennent systématiquement en compte la toxicité des traitements (leur impact sur la qualité de vie) et le taux et la durée moyenne de survie qu'ils permettent. Il a donc fallu opérationnaliser le concept de qualité de vie en créant des outils d'évaluation spécifiques aux patients cancéreux.

#### 1.2.1.2. Les mesures de la qualité de vie

Il existe deux sortes de mesures de la qualité de vie : génériques et spécifiques. Elles sont utilisées dans le but de comparer l'efficacité ou l'impact de plusieurs traitements dans le cadre d'essais cliniques, d'améliorer la prise en charge des patients ou encore d'accompagner des actions de santé publique (Schraub et Mercier, 2002).

Les échelles génériques de qualité de vie liée à la santé ciblent une très grande variété d'individus. Elles conviennent au plus grand nombre. Les deux plus connues sont :

- le Medical Outcome Study – Short Form (MOS SF-36), élaboré dans le cadre du projet International Quality Of Life Assessment (IQOLA), dont le but était de construire un questionnaire validé à l'échelle internationale. Une version française de cet outil est disponible (Leplège, Ecosse, Verdier et Perneger, 1998) ;

- le World Health Organisation Quality Of Life (WHOQOL) est né d'un projet de l'OMS qui consistait à développer un instrument utilisable dans le monde entier et respectant les différences culturelles. Il en existe deux versions : à cent et à vingt-six items. Leplège, Réveillère, Ecosse, Caria et Rivière (2000) ont aussi participé à cette validation internationale.

Les échelles spécifiques sont des questionnaires exclusivement destinés à évaluer la qualité de vie d'une population donnée. Ainsi, des questionnaires ont été développés pour mesurer la qualité de vie de patients cancéreux. On peut distinguer des échelles utilisables dans tout cancer et des modules spécifiques d'une localisation, d'un

symptôme ou d'un stade (par exemple : cancer du poumon, cancer du sein, fatigue spécifique au cancer, stade palliatif de la maladie ...).

En 1986, l'European Organisation Research for Treatment of Cancer (EORTC) a lancé un programme dont le but était de développer une échelle utilisable pour toute localisation cancéreuse : le Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30). Les chercheurs engagés dans cette validation ont été très nombreux (Aaronson, Ahmedzai, Bergman, Bullinger, Cull, Duez, Filiberti, Flechtner, Fleishman, De Haes, Kaasa, Klee, Osaba, Razavi, Rofe, Schraub, Sneeuw, Sullivan, Takeda, 1993). Ce questionnaire est actuellement le plus utilisé en France avec le Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G pour sa version générale) de Cella, Tulsy, Gray, Srafian, Linn et Bononli (1993). Le QLQ-C30 et le FACT-G sont assortis de modules spécifiques d'une localisation cancéreuse (par exemple le module QLQ-C30 BR-23 pour le cancer du sein). Il existe toutefois d'autres mesures spécifiques, comme le Functional Living Index Cancer (FLIC) de Schipper, Clinch, Mac Murray et Levitt (1984), le CAncer Rehabilitation Evaluation System (CARES) de Schag, Heinrich et Ganz (1989) ou le Quality of Life Index (QLI) de Spitzer, Dobson, Hall, Chesterman, Levi, Shepherd, Battista et Catchlove (1981).

Le Tableau 3 répertorie l'ensemble des questionnaires permettant d'évaluer la qualité de vie spécifique de patients atteints d'un cancer ou d'un cancer du sein, ainsi que les dimensions dont ils tiennent compte.

Tableau 3 : échelles mesurant la qualité de vie de patients atteints d'un cancer

<p>◆ <b>Echelles</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Functional Living Index-Cancer</b> (Schipper et al., 1984) : échelle déterminant un score global de qualité de vie, de douleur, de stress et de capacité à travailler.</li><li>- <b>CAncer Rehabilitation Evaluation System</b> (Schag et al., 1989) : auto-questionnaire évaluant cinq domaines de la qualité de vie : physique, psychosocial, interaction et communication avec le monde médical, problèmes conjugaux, sexuel. Il en existe une version abrégée : la CARES-SF (Schag, Ganz et Heinrich, 1991)</li><li>- <b>Quality of Life Questionnaire 30 items</b> (Aaronson et al., 1993) : auto-questionnaire composé de plusieurs sous-échelles fonctionnelles (physique, cognitive, émotionnelle, sociale) et symptomatiques (nausée, douleur, fatigue) et d'une échelle visuelle analogique concernant la qualité de vie globale.</li><li>- <b>Functional Assessment of Cancer Therapy-General</b> (Cella et al., 1993) : échelle mesurant le bien-être physique, le bien-être social et familial, les relations avec le médecin, le bien-être émotionnel et le bien-être fonctionnel.</li></ul> <p>◆ <b>Modules « cancer du sein »</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>European Organisation for Research and Treatment of Cancer - BReast Cancer – 23</b> (Sprangers, Groenvold, Arraras, Franklin, Velde et Muller, 1996) : auto-questionnaire évaluant les symptômes et effets secondaires relatifs aux traitements, l'image corporelle, la sexualité et les perspectives d'avenir.</li><li>- <b>Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast Quality Of Life Instrument</b> (Brady, Cella, Bonomi, Tulsy et Lloyd, 1997) : en plus des items du FACT-G, les patientes complètent une sous-échelle spécifique aux symptômes et conséquences d'un cancer du sein.</li></ul>
---

Fournier, Christophe et Vanlemmens (2009) se sont intéressés à l'évaluation de la qualité de vie de patientes jeunes atteintes d'un cancer du sein. En effet, les questionnaires présentés ci-dessus tiennent rarement compte du facteur « âge ». Les auteurs soulignent donc l'importance de prendre en compte d'autres éléments spécifiques comme le désir d'enfant, la relation de couple ou encore la vie professionnelle.

#### 1.2.1.3. La qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein

Ferrell (1993) a construit un modèle de qualité de vie spécifique au cancer du sein, basé sur quatre dimensions. Ce modèle, confirmé dans d'autres études, intègre le bien-être physique, le bien-être psychologique, le bien-être social et le bien-être spirituel. Ces quatre dimensions sont affectées par les symptômes, les traitements et le degré de souffrance liés au cancer. Dans le domaine physique, les principaux symptômes sont les changements ménopausiques, la fatigue et la douleur. Le domaine psychologique est surtout affecté par la détresse et la peur de la récurrence. Le bien-être social peut être marqué par une détresse au sein même de la cellule familiale. Enfin, le bien être spirituel est essentiellement perturbé par l'incertitude (Ferrel, Dow, Leigh, Ly et Gulasekaram, 1995 ; Ferrel, Grant, Funk, Garcia, Otis-Green et Schaffner, 1996 ; Dow, Ferrell, Leigh, Ly et Gulasekaram, 1996 ; Ferrel, Grant, Funk, Otis-Green et Garcia, 1997 et 1998). Ce modèle a dernièrement été remanié (Figure 1) et utilisé par Paskett, Herndon, Day, Stark, Winer, Grubbs, Pavy, Shapiro, List, Hensley, Naughton, Kornblith, Habin, Fleming et Bittoni (2008). Ces derniers ont seulement subdivisé le bien-être social en deux catégories (bien-être social et domaine économique).

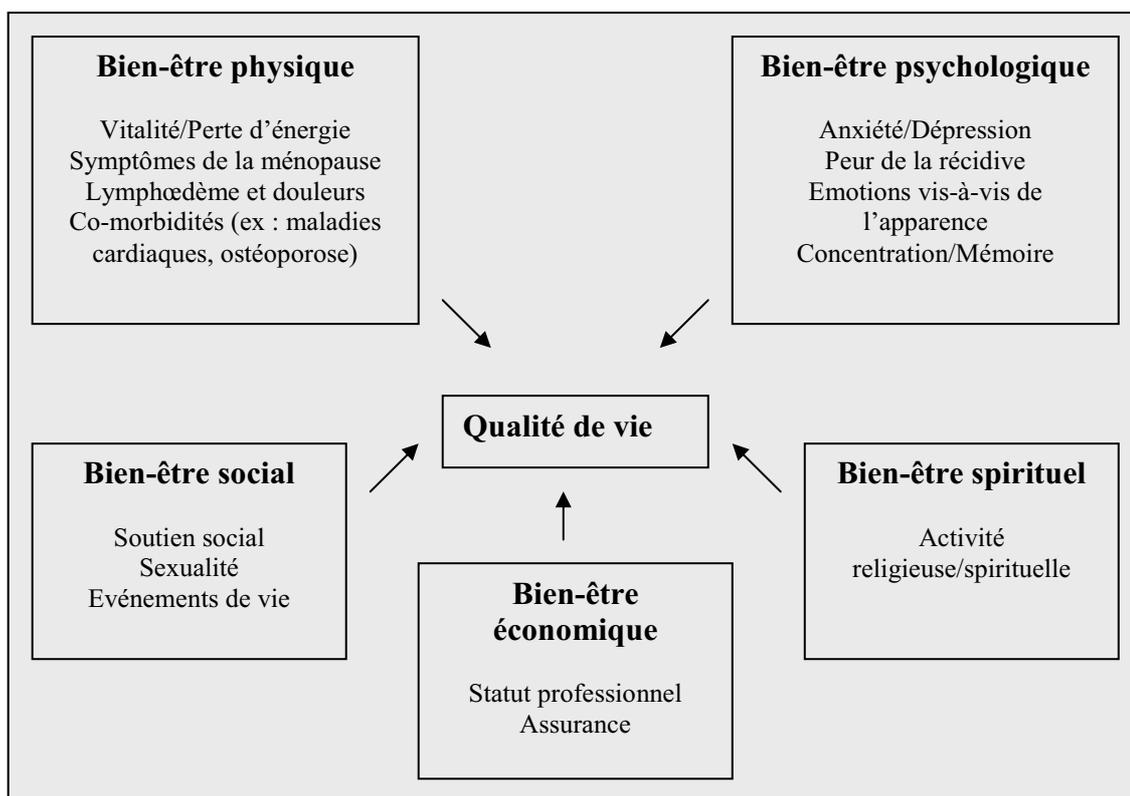


Figure 1 : Modèle de qualité de vie adapté aux patientes en rémission d'un cancer du sein (adapté de Ferrel et al., 1995 et Dow et al., 1996) (Paskett et al., 2008, p 1110)

Les travaux sur la qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein sont nombreux et il paraît difficile de les présenter ici dans leur ensemble. Montazeri (2008) a répertorié et étudié l'ensemble des documents publiés entre 1974 et 2007 et dont les mots du titre contenaient les mots-clés « *quality of life* » et « *breast cancer* » ou « *breast carcinoma*. » Au total, 477 articles ont été étudiés. Montazeri s'est intéressé aux questionnaires utilisés par les chercheurs et s'est attaché à décrire l'impact de la maladie et des traitements sur les différentes dimensions de la qualité de vie.

Les questionnaires les plus utilisés sont le MOS SF-36 et les questionnaires spécifiques QLQ-C30 et FACT-G ainsi que leur module additionnel spécifique au cancer du sein.

Il semblerait que le type de chirurgie n'influence pas la qualité de vie des patientes. Seule la mastectomie aurait un impact négatif sur l'image du corps et le fonctionnement sexuel des patientes. La chimiothérapie détériore considérablement la qualité de vie des patientes, mais celle-ci s'améliore dès la fin du traitement. L'hormonothérapie affecte la qualité de vie à long terme (problèmes gynécologiques et sexuels).

Les symptômes les plus souvent rapportés sont la fatigue, la douleur, des symptômes ménopausiques et parfois un lymphœdème. Ils participent à la détérioration de la qualité de vie des patientes.

Concernant la dimension psychologique de la qualité de vie, la présence de symptômes anxieux et dépressifs est courante, même plusieurs années après la fin des traitements, mais cela sera développé dans un prochain paragraphe.

Montazeri aborde la dimension sociale de la qualité de vie au travers des interventions proposées aux patientes. Il semblerait que le conseil, le soutien social et l'exercice physique permettent de préserver la qualité de vie.

Cette revue de la littérature, complète, apporte un premier éclairage sur l'impact de la maladie et de ses traitements sur la qualité de vie des patientes.

Depuis 2007, de nouveaux travaux sur la qualité de vie des patientes ont été publiés. La plupart portent sur la qualité de vie des patientes à distance du diagnostic et des traitements. Ainsi, Mehnert et Koch (2008) ont mesuré l'ajustement de patientes traitées pour un cancer du sein en moyenne quatre ans auparavant. Leur qualité de vie est plus altérée que celle de femmes du même âge. Paskett et al. (2008) ont évalué la qualité de vie de patientes ayant reçu leur diagnostic de cancer du sein entre 9 et 16 ans auparavant. Les problèmes les plus souvent rapportés par les patientes sont des symptômes de la ménopause (sécheresse vaginale et bouffées de chaleur), de l'ostéoporose et un lymphœdème.

Holzner, Kemmler, Kopp, Moschen, Schweigkofler, Dunser, Margreiter, Fleischhacker et Sperner-Unterweger (2001) insistent sur l'importance de mesurer la qualité de vie dans le temps. Ils constatent en effet une altération de la qualité de vie des 87 femmes composant leur étude dans les domaines émotionnel, social et sexuel. Cela un, deux et cinq ans après les traitements. En revanche, pour Carter et Carter (1993) ainsi que pour Hoskins (1995a), l'effet du temps est positif pour les patientes puisqu'il s'accompagne d'une diminution significative de la détresse psychologique et des émotions négatives et d'une amélioration de la qualité de vie des patientes. Ces auteurs rapportent également un effet positif du temps sur les domaines professionnel, domestique et sociaux des patientes.

La maladie et ses traitements ont un impact négatif sur la qualité de vie des patientes, mais nous allons voir que ces dernières ne sont pas seules face à cet événement stressant. En effet, leurs proches, et notamment leur conjoint, sont souvent très impliqués à leurs côtés et voient également leur qualité de vie affectée.

#### 1.2.1.4. La qualité de vie des conjoints de patientes atteintes d'un cancer du sein

Si les conjoints sont la première source de soutien des patientes atteintes d'un cancer du sein, les chercheurs n'ont encore développé aucun questionnaire évaluant leur qualité de vie spécifique (Fournier et al., 2009). Celle-ci est donc généralement mesurée à l'aide d'échelles génériques comme le MOS SF-36 ou le WHOQOL.

Selon Baider et Kaplan De-Nour (1988), les partenaires rapportent autant de problèmes d'ajustement que les patients eux-mêmes. Wagner, Bigatti et Storniolon (2006) ont comparé 79 maris de patientes atteintes d'un cancer du sein et 79 maris de femmes en bonne santé. Les conjoints de patientes cancéreuses rapportent des scores inférieurs à ceux du groupe contrôle sur plusieurs sous échelles du MOS SF-36 (santé générale, vitalité, santé mentale et limitations liées à la santé mentale). Leur qualité de vie est donc dégradée. Elle semble même liée à celle de leur compagne. En effet, Segrin, Badger, Meek, Lopez, Bonham et Sieger (2005) ont mené une étude auprès de 48 dyades composées d'une patiente atteinte d'un cancer et de son aidant principal (le mari dans 67% des cas) grâce à laquelle ils ont montré que la qualité de vie des patientes et de leur partenaire présente des variations et que ces changements suivent la même trajectoire. Toutefois, le temps semble salvateur : à trois ans d'un traitement par mastectomie, les conjoints de patientes atteintes d'un cancer du sein retrouvent des scores tout à fait satisfaisants de qualité de vie (Carter et Carter, 1993).

Les recherches ont permis de démontrer l'impact non négligeable du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes, mais aussi sur celle de leur conjoint ; le vécu de l'un ayant un impact sur le second et inversement. La dimension physique de la qualité de vie est bien souvent affectée à court terme alors que la dimension psychologique resterait perturbée à plus long terme. Le paragraphe suivant est une présentation de cette dimension de la qualité de vie qu'est l'ajustement émotionnel.

## 1.2.2. Impact du cancer du sein sur la détresse émotionnelle

Si l'adaptation des couples au cancer du sein est évaluée à l'aide de mesures de la qualité de vie, les chercheurs en sciences humaines se sont aussi attachés à étudier de façon isolée l'impact de cette maladie sur l'ajustement émotionnel des patientes d'une part et de leur partenaire d'autre part.

### 1.2.2.1. Définitions et conceptions théoriques

Dans la littérature, l'ajustement émotionnel des patients est généralement évalué sur son versant négatif, c'est-à-dire celui des symptômes anxieux et dépressifs (détresse émotionnelle). Selon Holland (1999), « *la détresse est une expérience émotionnelle désagréable, de nature psychologique, sociale ou spirituelle, qui influe sur la capacité à faire face de façon efficace au cancer et à ses traitements. Cette expérience s'inscrit dans un continuum allant des sentiments normaux de vulnérabilité, tristesse et craintes, jusqu'à des difficultés pouvant devenir invalidantes telles que l'anxiété, la dépression, l'isolement social et la crise spirituelle.* »

Nous allons nous attacher à définir ce que l'on entend par anxiété et dépression dans le domaine de la recherche en psycho-oncologie.

#### 1.2.2.1.1. L'anxiété

Ce terme vient du latin « *anxius* », inquiet. L'anxiété est généralement définie comme un état de tension psychologique (peur, incertitude, désarroi), et somatique (agitation, vertiges, nausées, palpitations, difficultés à respirer, contrition de la poitrine, transpiration...) en rapport avec l'anticipation d'un danger imminent et indéterminé. On parle de « peur sans objet ».

Deux définitions seront rapportées ici. La première nous semble être la plus proche de l'anxiété qui est en fait évaluée aujourd'hui dans les études internationales : « *ensemble de réactions émotionnelles qui se traduisent habituellement par des symptômes subjectifs somatiques ou psychiques, par des modifications comportementales et par des signes physiologiques objectifs.* » (Guelfi, 1993). Graziani (2003), de son côté, a publié un ouvrage sur l'anxiété dans lequel il affirme qu'« *il n'y a pas de définition*

*universellement acceptée de l'anxiété. Elle a été définie comme un état émotionnel qui possède la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative, dirigée vers le futur, parfois exagérée par rapport à la menace, et inclut des symptômes corporels subjectifs et manifestes. » (p12)*

Selon Beck (1988), il existerait un profil et un contenu cognitifs (schémas) spécifiques à chaque état affectif. Ces schémas peuvent engendrer des fonctionnements pathologiques : la dépression, l'anxiété... Beck et Clark (1997) définissent un mode anxieux de traitement de l'information. Ils distinguent trois modules. Le premier recherche dans l'environnement interne et externe des stimuli pertinents pour le sujet. Puisque l'attention du sujet anxieux est plus rapide à détecter les aspects menaçants, cela peut produire une distorsion de la perception. Si le stimulus est évalué comme dangereux, le deuxième module est activé. Celui-ci se compose de schémas contenant des patterns cognitifs, affectifs, comportementaux et physiologiques. La personne focalise son attention sur des stimuli jugés menaçants, en ignore les caractéristiques positives, et sélectionne des informations qui viennent nourrir son schéma (abstraction sélective). Dans le troisième module, il y a activation des schémas concernant le sujet et le monde. Le sujet réfléchit au contexte et à ses ressources pour faire face. Selon Hautekeete (2004), chez les personnes ayant des troubles anxieux, certains schémas sont suractivés. La surestimation de la menace s'accompagne d'une sous-estimation de la capacité à faire face.

L'anxiété pathologique se compose des troubles anxieux répertoriés par l'American Psychiatric Association (DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition, 1994), notamment l'anxiété généralisée, les troubles phobiques, l'attaque de panique ou encore l'état de stress post-traumatique. Les chercheurs se sont aussi intéressés de façon plus précise à l'état de stress post-traumatique. C'est ce que nous allons voir dans le paragraphe suivant.

#### 1.2.2.1.2. *L'état de stress post-traumatique*

Il s'agit d'un état organisé et durable répondant à plusieurs critères :

- la cause est l'exposition à un événement traumatique durant lequel des individus ou le sujet lui-même auraient pu mourir, être gravement blessés ou menacés de mort ou de blessure grave,
- la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur,
- l'événement traumatique est constamment revécu (souvenirs et/ou rêves répétitifs, impression que l'événement va se reproduire, flash-back, sentiment intense de détresse psychique et/ou réactivité physiologique en présence d'éléments rappelant l'événement),
- évitement persistant des éléments rappelant l'événement,
- présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative.

La pathologie cancéreuse peut effectivement être vécue comme un événement traumatique dans le sens où :

- elle peut entraîner la mort à moyen terme,
- la réaction du sujet suite au diagnostic est souvent apparentée à un choc,
- des pensées intrusives peuvent devenir nombreuses et fréquentes,
- les sujets s'occupent souvent de manière à ne pas y penser,
- le fait de penser à la maladie entraîne parfois des réactions physiologiques intenses.

La détresse émotionnelle se compose de symptômes anxieux, mais aussi dépressifs. Ces derniers sont définis et présentés dans le paragraphe suivant.

#### 1.2.2.1.3. *La dépression*

Le terme dépression vient du latin « *depressio*, » enfoncement. Il désigne une maladie ou un syndrome. En psychiatrie, les troubles dépressifs ont été définis et classés par l'APA (DSM-IV, 1994). Ainsi parle-t-on d'épisode dépressif majeur lorsqu'au moins cinq des symptômes présentés ci-dessous ont été présents tous les jours pendant une même période d'une durée de deux semaines et que ces symptômes ont représenté

un changement par rapport au fonctionnement antérieur. L'un des symptômes doit être une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir.

- humeur dépressive
- perte d'intérêt ou de plaisir
- perte ou gain de poids
- insomnie ou hypersomnie
- agitation ou ralentissement psychomoteur
- fatigue ou perte d'énergie
- sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive
- diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
- pensées de mort ou suicidaires récurrentes, ou tentative de suicide

Il est à noter que les symptômes imputables à une affection médicale générale ne doivent pas être inclus. Or, comme nous le verrons plus loin, la maladie cancéreuse et ses traitements peuvent induire bon nombre de ces symptômes. Il est donc difficile pour les professionnels de poser un diagnostic clair. Ces derniers parlent alors d'humeur dépressive. Celle-ci se définit comme « *un état momentané de détresse, de perte d'intérêt, d'énergie et d'entrain, pouvant survenir à la suite d'un événement stressant (perte, séparation, déception, échec, atteinte corporelle ou maladie, etc.), lorsque le sujet ne dispose pas (ou croit ne pas disposer) des ressources (personnelles et sociales) nécessaires pour faire face.* » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p 190)

Selon le modèle de Beck déjà décrit précédemment, les schémas de la dépression sont dominés par le thème de la perte et par une vision négative de la relation du sujet au monde et à lui-même.

Une autre théorie nous paraît intéressante pour expliquer la dépression : celle de l'impuissance apprise de Seligman (1975, 1979) selon laquelle l'exposition à une situation incontrôlable entraîne un sentiment d'incontrôlabilité. Si ces situations se répètent, ce sentiment peut se généraliser à l'ensemble de l'environnement de la personne. Celle-ci développe alors le syndrome d'impuissance apprise (*learned helplessness*) qui se manifeste par la passivité (déficit motivationnel), le pessimisme (trouble cognitif) et l'atteinte thymique (changement émotionnel). L'impuissance-désespoir est un concept qui découle de cette théorie et se caractérise par une résignation et un grand pessimisme quant à l'avenir. Ce concept est également très étudié dans le domaine de la psycho-oncologie.

D'autres chercheurs ont complété la théorie de l'impuissance apprise : ce serait en partie la tendance généralisée à attribuer les événements négatifs à des causes internes qui entraînerait la dépression (Weiner, 1986). Dans le cas du cancer, on peut émettre l'hypothèse que s'attribuer l'apparition de la maladie (avoir des comportements considérés comme facteurs de risque, gérer de façon dysfonctionnelle les événements stressants ou encore réprimer ses émotions négatives) pourrait entraîner une culpabilité importante.

#### *1.2.2.1.4. D'une détresse émotionnelle normale à une détresse émotionnelle pathologique*

Dans le cadre d'un cancer, une symptomatologie anxieuse et/ou dépressive est tout à fait légitime, « normale ». Ce sont le nombre des symptômes, leur chronicité, le caractère inhabituel des réactions, la souffrance ressentie par le patient, l'impact sur la vie quotidienne et l'acceptation des soins qui permettent de distinguer le caractère normal ou pathologique de ces troubles. Ainsi l'anxiété et la dépression normales sont-elles constituées de peu de symptômes, d'intensité modérée et de durée brève ayant un impact faible sur la qualité de vie et l'acceptation des soins, et de réactions du patient considérées comme habituelles (Flahault, Godet, Dolbeault, 2007). La majorité des études dans le domaine de la psycho-oncologie évalue la détresse émotionnelle des patients et parfois de leurs proches. Le but de ces études n'est pas forcément d'obtenir le nombre de sujets présentant un épisode dépressif majeur, un syndrome de stress post-traumatique ou autre trouble de l'anxiété, mais plutôt d'obtenir des scores sur un continuum. En effet, de nombreux patients et conjoints présentent des formes subsyndromiques (symptômes présents mais à un niveau insuffisant pour pouvoir faire l'objet d'un diagnostic) de troubles anxieux ou dépressifs et l'évaluation par questionnaire permet d'en tenir compte.

#### *1.2.2.2. Les mesures de la détresse émotionnelle en oncologie*

Il existe de nombreux outils pour évaluer la détresse émotionnelle. Nous présenterons dans ce paragraphe les plus utilisés en psycho-oncologie. Les objectifs que se fixent les chercheurs orientent le choix de l'outil de mesure.

Lorsque l'objectif est d'obtenir le nombre de patients considérés comme cas cliniques ayant un trouble anxieux ou dépressif dans un échantillon, l'outil le plus adéquat reste le Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) de Sheehan, Lecrubier, Sheehan, Amorim, Janavs, Weiller, Hergueta, Baker et Dunbar (1998) développé à partir du DSM-IV.

Toutefois, de nombreuses échelles développées à partir des critères diagnostiques du DSM-IV permettent d'obtenir des scores, ce qui autorise l'utilisation de nombreux tests statistiques supplémentaires. Ces mesures permettent d'évaluer les symptomatologies dépressive ou anxieuse seules ou combinées (score de dépression, score d'anxiété, score global de détresse émotionnelle).

Parmi les outils évaluant la dépression, les plus utilisés sont le Beck Depression Inventory (B.D.I.) de Beck, Ward, Mendelson, Mock et Erbauch (1961), la Center for Epidemiological Studies Depression Scale (C.E.S.-D.) développée par Radloff (1977) et la Montgomery and Ashberg Depression Rating Scale (M.A.D.R.S.) de Montgomery et Ashberg (1979).

L'anxiété, lorsqu'elle est évaluée de façon indépendante, est mesurée la plupart du temps avec le State-Trait Anxiety Inventory (S.T.A.I., form Y) de Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vaag et Jacobs (1983).

Les mesures utilisées en oncologie et qui permettent d'évaluer à la fois la dépression et l'anxiété sont :

- la Profile Of Mood Scale (P.O.M.S.) de Mc Nair, Lorr et Droppelman (1971)
- la Symptom CheckList – 90 (SCL-90) de Derogatis (1983)
- la Hospital Anxiety and Depression Scale (H.A.D.S.) développée par Zigmond et Snaith (1983).

L'Impact of Event Scale (I.E.S.) est également utilisée pour évaluer l'effet traumatisant de la maladie (Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979).

Le tableau 4 présente les principales échelles utilisées pour mesurer la détresse émotionnelle des personnes atteintes d'un cancer.

Tableau 4 : Échelles couramment utilisées pour mesurer l’ajustement émotionnel des patients cancéreux

<p>◆ <u>Mini International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998)</u> : cet instrument vise à identifier des troubles psychiatriques (dont l’épisode de dépression majeure, le trouble panique, l’anxiété généralisée, le risque suicidaire, et l’état de stress post-traumatique) selon les critères du DSM-IV et de la CIM-10. Il permet de déterminer une prévalence actuelle ou ponctuelle (basée sur les quinze derniers jours) des différents troubles.</p> <p>◆ <u>Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961)</u> : échelle d’auto-évaluation de la dépression tenant compte des symptômes somatiques, cognitifs et moteurs de la dépression.</p> <p>◆ <u>Center for Epidemiological Studies Depression Scale (Radloff, 1977)</u> : auto-questionnaire dont l’objectif est de dépister des cas potentiels de dépression et d’évaluer l’intensité actuelle de la symptomatologie dépressive (humeur dépressive, sentiments de culpabilité, ralentissement psychomoteur, perte d’appétit, troubles du sommeil).</p> <p>◆ <u>Montgomery Ashberg Depression Rating Scale (Montgomery et Ashberg, 1979)</u> : questionnaire évaluant l’intensité de la dépression suite à un entretien clinique classique.</p> <p>◆ <u>State-Trait Anxiety Inventory, form Y (Spielberger et al., 1983)</u> : auto-questionnaire évaluant l’anxiété-trait et -état.</p> <p>◆ <u>Profile Of Mood Scale (McNair et al., 1971)</u> : échelle d’auto-évaluation destinée à évaluer l’état affectif et émotionnel des sujets, comportant une sous-échelle de dépression/découragement.</p> <p>◆ <u>Symptom CheckList – 90 (Derogatis, 1983)</u> : auto-questionnaire évaluant la détresse psychologique du patient à travers neuf dimensions dont une échelle de dépression et une échelle d’anxiété.</p> <p>◆ <u>Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond et Snaith, 1983)</u> : échelle d’auto-évaluation développée afin d’identifier chez des patients hospitalisés l’existence d’une symptomatologie anxieuse et/ou dépressive et d’en évaluer la sévérité.</p> <p>◆ <u>Impact of Event Scale (Horowitz et al., 1979)</u> : Il explore la fréquence des pensées intrusives et des comportements d’évitement dans la semaine écoulée.</p>
--

### 1.2.2.3. Prévalence et description de la détresse émotionnelle chez les patientes atteintes d’un cancer du sein

Une détresse psychologique est inévitablement induite par le cancer, et toutes les conséquences potentielles de cette maladie : la mort possible, la douleur, les mutilations physiques ou la modification des rapports avec l’entourage. Cette détresse, souvent aiguë, passagère, traduit une réponse normale aux événements stressants induits par la survenue du cancer et aux pertes engendrées par la maladie. Les professionnels de la santé doivent être vigilants quant à la chronicisation des symptômes anxieux et/ou dépressifs (Reich, Ait-Kaci et Sedda, 2007).

#### 1.2.2.3.1. *L’épisode dépressif majeur et le risque suicidaire*

25 à 40% des patients atteints de cancer développent un trouble affectif dans l’année qui suit leur diagnostic (Flahault et al., 2007). En oncologie la prévalence du trouble dépressif majeur est estimée à environ 9% et le risque suicidaire est de 1,5 à 2 fois plus élevé que dans la population générale, avec un désir de mourir présent chez

17% des patients en phase avancée d'un cancer (Flahault et al., 2007). Le taux de suicide chez les patientes cancéreuses est, lui, de 1,2 à 1,9 fois plus élevé que dans la population générale (Louhivuori et Hakama, 1979 ; Yousaf, Christensen, Engholm et Storm, 2005 ; Twombly, 2006 ; Robinson, Renshaw, Okello, Møller et Davies, 2009), et il est plus élevé la première année suivant le diagnostic (Chatton-Reith, El May et Raymond, 1990 ; Stenager, Bille-Brahe et Jensen, 1991 ; Yousaf et al., 2005 ; Robinson et al., 2009) puis diminue tout en restant plus élevé que celui de la population générale (Schairer, Morris Brown, Chen, Howard, Lynch, Hall, Storm, Pukkala, Anderson, Kaijser, Andersson, Joensuu, Fosså, Ganz et Travis, 2006). Le fait d'être marié, jeune et d'avoir un cancer encore localisé protégerait du risque suicidaire (Chatton-Reith et al., 1990). Selon les études de Stenager et al. (1991) et Yousaf et al. (2005), les femmes traitées pour un cancer du sein sont plus à risque de se suicider que d'autres patients avec un cancer de même pronostic. Le risque suicidaire reste toutefois très faible et d'autres manifestations de la détresse des patientes peuvent être rencontrées de façon plus systématique.

#### 1.2.2.3.2. *Les symptômes anxio-dépressifs*

De multiples réactions peuvent survenir après l'annonce d'un cancer du sein : choc, déni, dépression, anxiété, régression, peur, changements dans les habitudes de sommeil ou l'appétit, difficultés à se concentrer et à prendre des décisions (Pozo-Kaderman, Kaderman et Toonkel, 1999). 4 à 12% des femmes ayant eu un cancer du sein développeraient un syndrome de stress post-traumatique consécutif à l'annonce du diagnostic (Kornblith et Ligibel, 2003 ; Palmer, Kagee, Coyne et DeMichele, 2004 ; Flahault et al., 2007 ; Mehnert et Koch, 2008).

Ensuite, tout au long de la prise en charge (du dépistage jusqu'à la fin des traitements), de nombreuses patientes expérimentent des niveaux importants de détresse psychologique (Glanz et Lerman, 1992 ; Sirgo, Diaz-Ovejero, Cano-Vindel et Perez-Manga, 2001 ; Zhao, Wu, He, Zhu, Fan, Zou, Si et Lian, 2001 ; Hinnen, Ranchor, Sanderman, Snijders, Hagedoorn et Cyne, 2008). Ces troubles psychologiques se manifesteraient par des états dépressifs, de l'anxiété ou encore des difficultés relationnelles et concerneraient, selon les études, de 12 à 44% des patientes (Morris, Greer et White, 1977 ; Bleiker, Pouwer, Van Der Ploeg, Leer et Adèr, 2000 ; Gallagher, Parle et Cairns, 2002). Brintzenhofe-Szoc, Levin, Li, Kissane et Zabora (2009) ont

évalué la détresse émotionnelle de 8265 patients (dont 1996 patientes avec un cancer du sein) en cours de traitement pour un cancer. Ils ont comparé la prévalence des troubles anxio-dépressifs selon le type de cancer. 14,9% des patientes atteintes d'un cancer du sein rapportent des symptômes anxieux, ce qui correspond au taux le plus élevé comparé aux autres types de cancers. En revanche, la prévalence des symptômes dépressifs est faible (2,8%) par rapport aux autres patients cancéreux. En réalité, selon Fann, Thomas-Rich, KAton, Cowley, Pepping, McGregor et Gralow (2008) le trouble dépressif majeur serait fréquent (présent chez 10 à 25 % des patientes) mais peu reconnu.

Si la détresse des patientes semble diminuer dans l'année suivant le diagnostic, un quart des patientes maintiennent des niveaux de détresse supérieurs au seuil clinique à un an (Millar, Purushotham, McLatchie, George et Murray, 2005) et 16% à deux ans du diagnostic (Bleiker et al., 2000). Les travaux de Northouse (1989a), Van de Wiel, Geerts et Hoekstra-Weebers (2008) et Vahdaninia, Omidvari et Montazeri (2010) démontrent aussi cette persistance de la détresse émotionnelle dans le temps. Dans l'étude de Mehnert et Koch (2008), réalisée auprès de 183 patientes ayant reçu un diagnostic de cancer en moyenne quatre années auparavant, 38% des patientes présentent encore une anxiété et 22% une dépression (à des niveaux modérés à élevés).

Il est toutefois important de préciser que la prévalence de la dépression augmente avec la sévérité de la maladie et des symptômes (Spiegel et Giese-Davis, 2003) et que la détresse à long terme est prédite par des niveaux élevés de fatigue et de douleur (Vahdaninia et al., 2010). De plus, la détresse émotionnelle est d'autant plus élevée que les patientes présentaient déjà une symptomatologie anxieuse ou dépressive en amont ou lors de la phase de diagnostic (Northouse, Templin, Mood et Oberst, 1998 ; Millar et al., 2005).

#### *1.2.2.3.3. Au-delà du traumatisme*

Certaines patientes en rémission arrivent néanmoins à dépasser cette expérience traumatisante et à en tirer des bénéfices. À ce propos, Cordova, Cunningham, Carlson et Andrykowski (2001) ont été les premiers à parler de « post-traumatic growth » dans le cas des cancers. Ce terme est difficile à traduire de manière fidèle (croissance post-traumatique, développement positif post-traumatique ?) mais fait référence aux changements de vie positifs après un événement hautement stressant. Ils ont emprunté

ce concept à Tedeschi et Calhoun (1995) qui l'ont opérationnalisé à l'aide d'un questionnaire (Tedeschi et Calhoun, 1996) en cinq dimensions : (1) nouvelles possibilités, (2) relations aux autres, (3) force personnelle, (4) apprécier la vie, (5) changement spirituel.

#### 1.2.2.4. Prévalence et description de la détresse émotionnelle chez les conjoints de patientes atteintes d'un cancer du sein

Les partenaires de femmes atteintes d'un cancer du sein réagissent souvent de façon assez parallèle à celle de la patiente (scores de détresse émotionnelle la plupart du temps corrélés positivement), montrant un impact non négligeable de la maladie sur l'ajustement émotionnel des conjoints (Baider, 1995 ; Samms, 1999 ; Northouse, Cacchiolo-Caraway et Appel, 1991 ; Wagner et al., 2006 ; Hodgkinson, Butow, Hunt, Wyse, Hobbs et Wain, 2007a). Dans l'étude d'Omne-Pontén, Holmberg, Bergström, Sjöden et Burns (1993) sur l'impact de la chirurgie sur l'ajustement des couples, 48% des partenaires expriment une détresse émotionnelle. Dans celle de Segrin, Badger, Sieger, Meck et Lopez (2006), entre 20 et 24% des partenaires de patientes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein ont des scores supérieurs au score seuil de la CES-D de Radloff (1977), et présentent donc une dépression. Pour Bigatti, Wagner, Lydon-Lam, Steiner et Miller (*sous presse*), ce pourcentage s'élève à 30. Il semblerait que le genre influence les niveaux de détresse émotionnelle : les partenaires masculins de patients cancéreux rapporteraient plus de symptômes d'anxiété et de dépression que les partenaires féminines (Baider, Ever-Hadani, Goldzweig, Wygoda et Peretz, 2003). Selon quelques études, la détresse des partenaires n'est pas aussi élevée que celle des patients (Northouse et al., 1998). Toutefois, dans nombre de cas, la détresse du partenaire est égale (Baider, Walach, Perry et Kaplan De Nour, 1998), voire supérieure à celle du patient (Given et Given, 1992 ; Foy et Rose, 2001 ; Baider et al., 2003 ; Edwards et Clarke, 2004 ; Schmid-Büchi, Halfens, Dassen et Van Den Borne, *sous presse*).

D'après l'étude de Northouse (1989a), la détresse des conjoints semble persister jusqu'à 18 mois après le traitement chirurgical. Néanmoins, pour la plupart des chercheurs, la détresse psychologique des partenaires diminue progressivement au cours de la première année suivant le traitement chirurgical de leur conjointe (Hoskins,

1995a ; Segrin et al., 2006) pour retrouver un niveau « normal » à trois ans du diagnostic (Carter et Carter, 1993). Et cette expérience, pourtant traumatisante à la base pour près de la moitié d'entre eux, peut même devenir positive avec le temps : tout comme les patientes, les conjoints peuvent présenter les caractéristiques d'une croissance post-traumatique ou « *post-traumatic growth* » (Weiss, 2004 ; Manne, Ostroff, Winkel, Goldstein, Fox, Grana, 2004a). Cette croissance est d'autant plus présente chez le conjoint que sa compagne la vit également (Weiss, 2004). Elle peut donc être un processus mutuel : la relation de couple peut être grandissante, renforcée (Fergus et Gray, 2009).

Selon Northouse, Templin et Mood (2001), l'ajustement émotionnel de l'un des deux membres du couple, qu'il soit la malade ou le partenaire, semble influencer de manière significative et positive l'ajustement émotionnel de l'autre. Autrement dit, plus les patientes présentent des scores de détresse élevés, plus les partenaires rapportent également une détresse émotionnelle importante, et vice versa. D'autres chercheurs se sont intéressés à cette relation entre la détresse de la patiente et celle de son partenaire, et l'ont testée à l'aide d'un modèle statistique spécifique des dyades que nous présenterons dans la deuxième partie de ce document : le modèle APIM (Actor and Partner Interdependence Model) (Kashy et Snyder, 1995 ; Kenny, 1996 ; Kenny et Cook, 1999). Selon Segrin et al. (Segrin et al., 2005 ; Segrin, Badger, Dorros, Meek et Lopez, 2007), il semblerait que ce soit surtout la détresse du partenaire qui soit dépendante de celle de la patiente. Toujours selon le même modèle mais sur des variables différentes, une détresse élevée chez le partenaire aurait un impact négatif sur la qualité de vie de la patiente (Kim, Kashy, Wellish, Spillers, Kaw et Smith, 2008). Sa détresse est également plus faible lorsqu'elle perçoit que son conjoint a su s'adapter à la maladie (Brusilovskiy, Mitstifer et Salzer, 2009).

Les recherches considérant les deux membres du couple comme une dyade sont encore très rares et de tels résultats demandent à être vérifiés par de nouvelles études.

Cette seconde partie sur l'ajustement du couple au cancer du sein nous a permis de mieux appréhender l'impact de la maladie sur la qualité de vie et la détresse émotionnelle de chacun des deux membres du couple. Certaines études, encore trop rares, démontrent même l'influence de l'ajustement d'un membre du couple sur l'ajustement du second. Il paraît donc essentiel pour les recherches futures de tenir

compte du vécu de chacun dans un premier temps, et d'étudier le couple comme une entité dans un second temps.

Le paragraphe suivant vise à détailler de manière plus précise les différents temps du cancer et leur impact sur l'ajustement des deux membres du couple. Notre préoccupation est ici de montrer que chaque étape représente un temps à part entière qu'il convient d'étudier et un ajustement bien spécifique.

### **1.3. Temps clé de la maladie**

Toute maladie grave comme le cancer est marquée par un développement qui lui est propre. Pour Rolland (2005), les maladies ne doivent pas être pensées de façon statique, mais plutôt longitudinale, comme un processus en évolution constante avec des transitions. Il distingue trois phases majeures : phases de crise, chronique et terminale.

Dans le cas des cancers, ces trois phases nous semblent quelque peu réductrices, mais nous retenons l'importance de considérer le cancer dans une perspective longitudinale. Nous distinguerons donc d'autres étapes de la maladie : de la phase diagnostique, en passant par le temps des traitements, jusqu'à la rémission. Nous ne présenterons pas les temps qui peuvent malheureusement suivre, comme la récurrence, la phase palliative ou la fin de vie, étant donné que notre travail restera centré sur les cancers du sein non-métastatiques.

L'ajustement des patientes et partenaires est décrit pour chacune des étapes présentées.

#### **1.3.1. La période diagnostique**

Plusieurs étapes sont nécessaires au bilan diagnostique. Grâce au programme national de dépistage organisé du cancer du sein, mis en place par l'Etat et les organismes d'Assurance Maladie, toutes les femmes françaises de 50 à 74 ans peuvent bénéficier d'une mammographie de dépistage gratuite tous les deux ans. Avec deux clichés par sein et une double lecture par des professionnels, cet examen permet de détecter des cancers du sein à un stade plus précoce, ce qui permet parfois des traitements moins lourds et améliore les chances de guérison. En effet, selon les études, la mammographie de dépistage réduit de 10 à 35% la mortalité par cancer du sein (Rochefort et Rouëssé, 2008).

En deçà des contrôles de dépistage, toute anomalie récente du sein doit attirer l'attention (grosseur, ridule, douleur inexplicée, écoulement ou rétraction du mamelon, fossette cutanée...) et nécessite une consultation médicale. Le médecin, après avoir interrogé la patiente sur ses antécédents et ses symptômes, procède à l'examen clinique. Il compare les deux seins et examine tous les signes anormaux. Il peut enfin demander des examens complémentaires.

#### 1.3.1.1. Les examens radiologiques

- La mammographie est une radiographie du sein. Elle nécessite une compression du sein et permet de révéler des lésions qui échappent à l'examen clinique en raison de leur petite taille ou de leur siège, mais elle ne permet pas toujours de déterminer s'il s'agit d'un cancer ou d'une anomalie bénigne. Pour confirmer le diagnostic, le médecin peut demander d'autres examens.

- L'échographie mammaire permet de déterminer la nature liquidienne ou solide des masses repérées à la mammographie.

Elle peut servir, tout comme la mammographie, d'examen d'imagerie de repérage à la réalisation d'un prélèvement.

#### 1.3.1.2. Les prélèvements mammaires

- L'aspiration, ou ponction cytologique, consiste à aspirer, à l'aide d'une aiguille ou d'une seringue, des cellules au niveau de l'anomalie. Les cellules sont alors analysées au microscope. Cependant, cet examen est rarement suffisant pour affirmer le diagnostic de cancer du sein, et la réalisation d'une biopsie est alors nécessaire.

- On distingue les microbiopsies et les macrobiopsies. Lors d'une microbiopsie, le médecin prélève quelques fragments de tissu au niveau de l'anomalie à l'aide d'une aiguille fine. Cette technique nécessite une anesthésie locale et une petite incision de la peau.

La macrobiopsie consiste, elle, à prélever des fragments plus volumineux de l'anomalie (« carottes »), sous anesthésie locale et sous stéréotaxie, c'est-à-dire sous contrôle radiographique.

Un examen histologique au microscope est ensuite réalisé sur les prélèvements.

### 1.3.1.3. Le vécu des patientes face aux examens diagnostiques

Selon Maziade, Thomassin et Morin (2001, p60), « *un programme de dépistage du cancer du sein [...] provoque de la peur et de l'anxiété. Ces effets indésirables peuvent être présents avant la mammographie de dépistage ainsi qu'aux étapes de confirmation du diagnostic et de traitement de la maladie.* »

Quelques chercheurs ont concentré leurs études sur la première étape du processus diagnostique : le vécu des mammographies. La revue de la littérature de Rimer et Bluman (1997) montre que les femmes rapportent des symptômes anxieux avant la réalisation d'une mammographie. Ces symptômes sont d'autant plus importants lorsque les femmes sont rappelées suite à la découverte d'une anomalie (Steggles, Lightfoot et Sellick, 1998 ; Lowe, Balanda, Del Mar et Hawes, 1999 ; Absetz, Aro et Sutton, 2003 ; Watson, Henderson, Brett, Bankhead et Austoker, 2005), mais ils sont transitoires chez les femmes pour qui les résultats sont en faveur d'une anomalie bénigne, alors qu'ils se maintiennent chez les patientes finalement atteintes d'un cancer du sein (Ekeberg, Skjauff et Kåresen, 2001). Il semblerait qu'un soutien approprié des professionnels de la santé dans cette phase d'attente permette de réduire significativement les niveaux d'anxiété des patientes (Pineault, 2007).

Quelques études ont aussi porté sur le lien entre prélèvements mammaires et anxiété. Ainsi, Maxwell, Bugbee, Wellisch, Shalmon, Sayre et Bassett (2000) ont évalué l'anxiété de 52 patientes avant la réalisation d'une biopsie, puis un, cinq et trente jours après. Les niveaux d'anxiété sont élevés avant la biopsie puis diminuent avec le temps. Ces résultats ont été confirmés par la suite par d'autres chercheurs (Bugbee, Wellisch, Arnott, Maxwell, Kirsch, Sayre, et Bassett, 2005 ; Liao, Chen, Chen et Chen, 2008). Novy, Price, Huynh, et Schuetz (2001) ont aussi évalué l'anxiété de 120 femmes juste avant la biopsie, puis un et cinq jours après. Les scores d'anxiété-état sont élevés et dépendent du résultat anatomo-pathologique du prélèvement, de l'âge des patientes et de l'existence de cancers du sein dans la parenté. Une étude quasi-prospective de Barreau, Tastet, Picot, Henriquès, Valentin, Gilles et Dilhuydy (2005) auprès de 73 femmes apporte une explication supplémentaire : 88% des répondantes de leur échantillon ont affirmé que ce qui leur faisait le plus peur face à cet examen était le résultat histologique.

En 1997, Karen Poole déplore le manque d'études sur cette phase diagnostique qu'elle nomme « *the waiting game* ». Plus de dix ans plus tard, ces études restent encore

rares. En 2006, Boehmke et Dickerson ont mené des entretiens qualitatifs sur la perception que trente patientes avaient de leur cancer du sein. Les patientes font l'expérience d'un changement précipité après l'annonce du diagnostic. Elles décrivent notamment que, du jour au lendemain, elles ont un statut de malade, et que cela gomme ce qu'elles étaient avant. Selon les auteurs, la façon dont elles appréhendent le diagnostic peut affecter leur expérience des symptômes qui seront engendrés par les traitements.

Northouse (1989b) a été une des premières à s'intéresser à l'impact du cancer du sein sur le couple. Dans une étude qualitative, elle a interviewé 50 patientes et leur mari juste après une mastectomie et un mois plus tard. Elle a demandé aux sujets d'identifier quelle phase parmi trois (phase de diagnostic avant la chirurgie, phase de traitement à l'hôpital, phase d'adaptation à la maison) avait été la plus difficile pour eux. Pour la majorité des patientes (83%), le moment le plus stressant est celui avant la chirurgie. Ne pas savoir si elles avaient un cancer était bien pire que de savoir qu'elles en avaient un. Elles disent s'être senties bouleversées à ce moment-là. Hughes (1982), Northouse (1992) et Alder et Bitzer (2003) décrivent la phase de diagnostic comme un temps extrêmement stressant pour les patientes. Cette phase s'accompagne de niveaux élevés de détresse émotionnelle et d'incertitude. Fitch, Gray, McGowan, Brunskill, Steggle, Sellick, Beziak et McLeese ont confirmé cela en 2003 : selon les patients de leur étude (118 personnes atteintes d'un cancer du sein ou de la prostate), le plus difficile est effectivement l'incertitude.

Les partenaires ayant participé à l'étude de Northouse (1989b), désignent aussi pour moitié la phase de diagnostic comme étant la plus stressante. Reynaert, Libert, Jacques, Godenir et Zdanowicz (2006) insistent sur le fait que « *le diagnostic d'un cancer réveille toujours [chez le conjoint] des angoisses d'incertitude, de mort, de souffrance, de risque de perte et de séparation.* » En effet, les partenaires de femmes atteintes d'un cancer du sein comparent la phase de diagnostic à une crise au cours de laquelle ils doivent s'adapter à la peur de perdre l'être aimé (Lethborg, Kissane et Burns, 2003).

Nous voyons donc à travers ces études que la phase de recherche du diagnostic est un cap difficile à traverser tant pour les patientes que pour les conjoints. L'attente des résultats des examens est souvent génératrice d'anxiété : les patientes sont dans l'incertitude, l'anticipation, et imaginent parfois le pire. De plus, elles n'ont aucune maîtrise sur cette étape et se sentent impuissantes.

Toutefois, les études sur le sujet restent peu nombreuses et centrées sur le vécu de la procédure plutôt que sur son issue. Les chercheurs, depuis des décennies, se sont plutôt attachés à étudier le vécu psychologique des traitements du cancer du sein et de leurs effets secondaires.

### 1.3.2. Les traitements du cancer du sein

Cinq types de traitements peuvent être proposés, seuls ou associés entre eux.

#### 1.3.2.1. La chirurgie

La chirurgie est encore aujourd'hui le traitement de référence du cancer du sein. Le type de chirurgie proposé est variable d'une patiente à l'autre, car dépendant de l'histologie du cancer et des caractéristiques de la tumeur.

##### *1.3.2.1.1. Description des différents types de chirurgie*

L'ablation du sein (mastectomie ou mammectomie) était autrefois quasi-systématique. Elle est beaucoup moins pratiquée aujourd'hui. Elle est cependant parfois indispensable, mais les chirurgiens proposent de nos jours des interventions moins mutilantes (les muscles pectoraux étant généralement conservés). Une reconstruction immédiate ou différée est souvent proposée aux patientes.

La plupart du temps, pour les tumeurs de petite taille, la chirurgie est dite conservatrice (tumorectomie) : la totalité de la tumeur est enlevée, ainsi que les prolongements dans les tissus voisins, mais le sein est conservé.

Un curage axillaire, qui consiste à retirer par une petite incision certains ganglions (soit les premiers ganglions de la chaîne, soit la totalité), est généralement associé aux mastectomies et tumorectomies. Ces curages sont souvent à l'origine de complications (lymphœdème ou gros bras, engourdissement, sensation de brûlure persistante, limitation des mouvements de l'épaule) et nécessitent une adaptation particulière (éviter de forcer avec le bras sur lequel a été pratiqué le curage, porter des gants pour jardiner ou faire la vaisselle, se désinfecter à chaque blessure...). C'est

pourquoi une nouvelle technique s'est développée au cours de ces cinq dernières années : la technique du ganglion sentinelle, réservée aux tumeurs de moins de 20 millimètres. La biopsie du premier ganglion lymphatique de la chaîne permet, s'il n'est pas porteur de cellules cancéreuses, d'éviter l'exérèse des autres ganglions.

De nombreux travaux portant sur l'ajustement des patientes à la chirurgie ont été réalisés dans le but de toujours améliorer la qualité de vie des patientes.

#### *1.3.2.1.2. Ajustement des patientes à la chirurgie*

De nombreux auteurs se sont intéressés à l'impact de la chirurgie sur l'ajustement des patientes.

Arora, Gustafson, Hawkins, McTavish, Cella, Pingree, Mendenhall et Mahvi (2001) ont évalué l'impact de la chirurgie sur la qualité de vie de jeunes femmes (âgées de moins de soixante ans) atteintes d'un cancer du sein à un mois et six mois de l'intervention. 103 patientes ont intégré l'étude, 49 ayant bénéficié d'une chirurgie conservatrice et 54 d'une mastectomie. 32 d'entre elles étaient traitées par chimiothérapie pendant l'étude. A six mois de l'intervention, l'image du corps des patientes est meilleure, leur bien-être physique, émotionnel et fonctionnel est amélioré et elles se disent moins gênées par leur bras. En revanche, elles reçoivent moins de soutien social, leur bien-être social et familial est dégradé et elles sont plus insatisfaites concernant leur sexualité. Cet impact sur le fonctionnement sexuel a été confirmé par l'étude de Holmberg, Scott, Alexy et Fife (2001).

L'ajustement des patientes semble donc s'améliorer avec le temps. Toutefois, certaines dimensions (sexuelle et sociale) semblent plus affectées à distance du traitement.

Les chercheurs ont souvent opposé mastectomie et chirurgie conservatrice. Ils ont étudié leur impact respectif sur l'ajustement des patientes.

Caffo, Amichetti, Ferro, Lucenti, Valduga et Galligioni (2003) se sont intéressés à l'impact de la chirurgie sur la douleur. Ils ont intégré 568 patientes opérées pour un cancer du sein dans leur étude. Un peu plus d'un tiers d'entre elles se plaignent de douleurs. Mais ces plaintes varient selon le type de chirurgie. Ainsi elles concernent 43,5% des patientes ayant bénéficié d'une tumorectomie, 33,6% de celles ayant été opérées par mastectomie et 33,8% de celles ayant eu une reconstruction immédiate. Ces douleurs

sont localisées dans différentes zones : le creux axillaire (60%), la cicatrice (36%), le bras ou l'épaule (23%).

La tumorectomie permet donc aux patientes de conserver leur sein, avec un résultat cosmétique souvent satisfaisant (Yeo, Kwan, Teo, Leung, King et Johnson, 1997) mais elle peut aussi entraîner des effets indésirables comme la douleur.

Ganz, Kwan, Stanton, Krupnic, Rowland, Meyerowitz, Bower et Belin (2004) ont intégré à leur étude 558 patientes opérées d'un cancer du sein. Ils ont évalué la qualité de vie, l'humeur, les symptômes physiques et le fonctionnement sexuel de ces personnes. À un mois de l'intervention, les patientes rapportent de nombreux symptômes (courbatures, sensibilité au niveau du sein, douleurs, fatigue, problèmes de concentration...) qu'elles aient bénéficié d'une chirurgie conservatrice ou d'une mastectomie. Ces symptômes sont aussi corrélés à des niveaux faibles de bien-être émotionnel et de fonctionnement physique. En revanche, si l'ensemble des patientes rapporte un bon fonctionnement émotionnel à la fin des traitements, celles ayant été opérées par mastectomie présentent un fonctionnement physique altéré.

Moyer (1997), dans sa méta-analyse de quarante études, trouve un léger avantage pour la tumorectomie dans cinq domaines : l'ajustement psychologique, l'ajustement social, le fonctionnement marital et sexuel, l'image du corps et les peurs et inquiétudes liées au cancer. Selon l'auteur, ces différences entre les deux types de chirurgie sont davantage marquées à distance de l'intervention. Elles peuvent toutefois varier sous l'influence de facteurs comme le pronostic, les traitements adjuvants associés, le fait de bénéficier d'une reconstruction ou encore le fait d'avoir pris part à la décision thérapeutique ou non.

Si ces résultats sont discutables, car soumis à de nombreux biais, l'impact négatif de la mastectomie sur l'image du corps (Arora et al., 2001 ; Helms, O'Hea et Corso, 2008 ; Sheppard et Ely, 2008) et le fonctionnement sexuel des patientes a depuis été confirmé par certains auteurs (Yeo, Kwan, Teo, Nip, Wong, Hin et Johnson, 2004 ; Sheppard et Ely, 2008). Selon Taylor, Lichtman, Wood, Bluming, Dosik et Leibowitz (1985), un mauvais pronostic et une chirurgie de type mastectomie prédisent un mauvais ajustement, cela d'autant plus que les patientes ont la sensation d'être « défigurées » et qu'il existe des changements affectifs et sexuels dans leur couple. Avci, Okanli, Karabulutlu et Bilgili (2009) ont interrogé 59 patientes opérées par mastectomie dans les mois précédents l'étude. Plus de la moitié d'entre elles s'attendait à ce que

l'opération, à travers les changements corporels associés, ait un impact négatif sur leur relation maritale. Finalement, les analyses ont révélé des scores d'ajustement marital moyens. Monteiro-Grillo, Marques-Vidal et Jorge (2005) ont comparé des patientes atteintes d'un cancer du sein ayant été opérées par chirurgie conservatrice (N=61) ou par mastectomie (N=64). Les patientes opérées par mastectomie rapportent plus de changements dans la perception de leur image du corps et certains comportements comme aller à la plage, porter des vêtements courts, sortir... Ces auteurs n'ont en revanche pas trouvé de différences en ce qui concerne la sexualité. Selon eux, cette dimension ne serait pas affectée par l'ablation d'un sein. D'autres études n'ont pas non plus retrouvé d'effet de ce type de chirurgie sur la sexualité (Parker, Youssef, Walker, Basen-Engquist, Cohen, Gritz, Wei et Robb, 2007). Selon certains chercheurs, la sexualité serait plutôt affectée par le traitement de chimiothérapie (Arora et al., 2001 ; Ganz et al., 2004).

La reconstruction immédiate ou différée a permis de limiter cet impact négatif de la mastectomie. Onen-Sertöz, Elbi Mete, Noyan, Alper et Kapkaç (2004) ont mené une étude auprès de 50 femmes saines et de 75 patientes opérées par mastectomie dont 25 avec reconstruction. Les scores moyens des patientes aux échelles de satisfaction sexuelle et d'ajustement dyadique n'étaient pas significativement différents d'un groupe à l'autre. En revanche, les patientes opérées par mastectomie seule ont une faible estime de soi et une perception négative de leur poitrine. Clifford, Clifford et Georgiade démontraient déjà en 1980 que les patientes ayant bénéficié d'une reconstruction suite à leur mastectomie rapportaient une image de soi plutôt positive. De nombreuses patientes dénonçaient à l'époque la faible capacité d'écoute et de communication des conjoints. Or l'ajustement des patientes au traitement est facilité lorsque le soutien apporté par le conjoint est satisfaisant. Mais la chirurgie a-t-elle un impact sur l'ajustement des conjoints ?

#### *1.3.2.1.3. Ajustement des conjoints à la chirurgie*

Il semblerait que les conjoints de patientes opérées pour un cancer du sein soient affectés par l'intervention chirurgicale.

En effet, les conjoints de patientes opérées par mastectomie rapportent des scores de détresse équivalents à ceux de leur épouse (Northouse et Swain, 1987).

Plusieurs études sont basées sur la comparaison de partenaires de femmes opérées par mastectomie ou par chirurgie conservatrice. Il semblerait que les hommes dont la compagne a bénéficié d'une mastectomie rapportent plus de détresse émotionnelle et symptomatique que ceux dont l'épouse a pu conserver son sein (Omne-Pontén et al., 1993 ; Yeo et al., 2004 ; Segrin et al., 2006). Leur perception de l'image du corps et sexuelle de leur femme est également plus atteinte : ils trouvent leur compagne moins féminine et attirante et présentent un désir sexuel moins important (Yeo et al., 2004). Pourtant, selon Omne-Pontén et al. (1993), la relation maritale à quatre mois de l'intervention est mieux évaluée par les conjoints de patientes opérées par mastectomie.

Si les conjoints ont des difficultés à s'adapter au traitement chirurgical, ils ne partagent pas leurs émotions avec leur compagne malade. En effet, le dysfonctionnement le plus souvent rapporté par l'ensemble des patientes opérées concerne l'évitement et un défaut de communication (Clifford et al., 1980), notamment sur le thème de la sexualité dans le couple (Onen-Sertöz et al., 2004).

La chirurgie précède la plupart du temps les traitements adjuvants comme la radiothérapie, la chimiothérapie ou l'hormonothérapie et un délai (lié à la cicatrisation) doit être respecté avant la mise en place de ces traitements. Hilton (1993) a mené une étude auprès de familles de patientes atteintes d'un cancer, dans la période entre la chirurgie et l'attente des traitements adjuvants. Trois thèmes ressortent des entretiens qualitatifs : (1) les problèmes liés à la maladie comme l'incertitude, l'attente des traitements et l'anticipation des effets secondaires associés, l'information ; (2) l'impact sur la famille, c'est-à-dire les réponses émotionnelles, la communication familiale, le soutien familial, le changement des priorités, les problèmes de couples ; (3) la gestion des autres problèmes (professionnels, financiers, médicaux) non liés au cancer. Nous retrouvons donc dans cette période d'attente successive à la chirurgie les mêmes thèmes que dans la plupart des temps de prise en charge mais aussi des préoccupations liées à l'anticipation des traitements à venir. Voyons à présent comment sont vécus ces traitements lorsqu'ils sont enfin débutés.

### 1.3.2.2. La radiothérapie

#### 1.3.2.2.1. Description du traitement radiothérapeutique

La radiothérapie est un traitement loco-régional qui vise à compléter l'intervention chirurgicale. Elle est quasi-systématique après une chirurgie conservatrice. Elle peut précéder la chirurgie si l'on cherche à réduire la tumeur avant de l'enlever (traitement néo-adjuvant), mais cela est rarement appliqué aujourd'hui. Elle consiste en une irradiation du volume mammaire et agit en lésant le système de reproduction des cellules, ce qui les rend incapables de se diviser ou entraîne la mort des cellules filles. Les rayons atteignent toutes les cellules : cancéreuses et saines. Cependant, l'efficacité de la radiothérapie est plus grande sur les cellules cancéreuses. En effet, les tissus sains sont capables d'accélérer considérablement le rythme de multiplication des cellules pour combler les vides causés par la mort des cellules lésées.

#### 1.3.2.2.2. Ajustement des patientes à la radiothérapie

Les effets secondaires sont principalement une fatigue physique et morale et des réactions cutanées (rougeur et suintement de la peau, gonflement du sein...). Une femme sur trois présente une télangiectasie et/ou une fibrose radique<sup>4</sup> (Lilla, Ambrosone, Kropp, Helmbold, Schmezer, Von Fournier, Haase, Sautter-Bihl, Wenz et Chang-Claude, 2007). Cet érythème est observé de façon quasi-systématique. Il est plus ou moins prononcé selon le type de carnation et selon l'existence ou non d'une chimiothérapie au préalable. Il donne suite à une épithélite sèche (vers la cinquième semaine de traitement) et à une pigmentation de la peau qui s'atténuera au fil des mois. Wengström, Häggmark, Strander et Forsberg (2000) ont mesuré les symptômes et la qualité de vie de 134 patientes atteintes d'un cancer du sein avant le traitement de radiothérapie, lors de la troisième semaine du traitement, à la fin du traitement et deux semaines et trois mois plus tard. La fatigue est bien le symptôme le plus souvent rapporté par les patientes : elle touche de plus en plus de patientes tout au long du traitement, puis diminue progressivement. D'autres chercheurs ont aussi démontré

---

<sup>4</sup> La fibrose radique est fréquente, d'intensité modérée, corrélée le plus souvent à l'importance du volume mammaire et à la dose d'irradiation délivrée dans ce volume. La télangiectasie (dilatation des petits vaisseaux cutanés, formant de fines lignes rouges, parfois violettes, d'une longueur allant de quelques millimètres à quelques centimètres) est un signe d'apparition tardive de cette fibrose.

l'impact de ce traitement sur la fatigue des patientes (Graydon, 1994 ; Walker, Nail, Larsen, Magill et Schwartz, 1996 ; Irvine, Vincent, Graydon et Bubela, 1998 ; Whelan, Levine, Julian, Kirkbride et Skingley, 2000). Geinitz, Zimmermann, Thamm, Keller, Busch et Molls (2004) se sont intéressés à l'évolution sur deux ans et demi des symptômes de fatigue chez 41 femmes traitées par radiothérapie pour un cancer du sein. Deux ans et demi après la fin du traitement, les patientes se sentent toujours fatiguées. Les meilleurs prédicteurs de la fatigue sont une détresse émotionnelle et une fatigue importantes dans la phase de pré-traitement, tout comme l'avaient déjà démontré Stone, Richards, A'Hern, et Hardy (2001) et Berger et Walker (2001).

Toujours dans l'étude de Wengström et al. (2000), les symptômes au niveau de la peau apparaissent lors de la troisième semaine de traitement pour atteindre leur niveau le plus élevé à la fin du traitement et s'atténuer ensuite. Selon Whelan et al. (2000), l'irritation de la peau du sein et la douleur sont des symptômes qui peuvent durer jusqu'à deux mois après la fin du traitement.

Un peu moins de la moitié des patientes de l'échantillon de Wengström et al. (2000) rapportent également des troubles du sommeil (41% avant le traitement, 53% deux semaines après la fin du traitement, 44% trois mois après la fin du traitement).

Selon Deshields, Tibbs, Fan, Bayer, Taylor et Fisher (2005), la qualité de vie et l'ajustement émotionnel des patientes s'améliorent très rapidement après la fin du traitement de radiothérapie (dès deux semaines). Knopf et Sun (2005) ont répliqué l'étude de Wengström et al. (2000) auprès de trente patientes atteintes d'un cancer du sein. Ils ont mesuré les mêmes symptômes chaque semaine du traitement, puis de façon mensuelle durant trois mois. Les résultats sont assez similaires. La sévérité des symptômes (fatigue, changements au niveau de la peau) est maximale dès les dernières semaines du traitement puis l'amélioration est graduelle dans les trois mois suivants. La moitié des femmes de leur échantillon rapporte également des troubles du sommeil.

Le traitement de radiothérapie génère aussi une anxiété importante chez les patientes. Il semblerait toutefois que les femmes atteintes d'un cancer du sein rapportent des niveaux de stress significativement plus importants que ceux des autres patients cancéreux (Sehlen, Hollenhorst, Schymura, Herschbach, Aydemir, Firshing et Dühmke, 2003).

Selon Mose, Budischewski, Rahn, Zander-Heinz, Bormeth et Böttcher (2001), les patientes les plus en détresse à la fin du traitement sont les femmes jeunes dont l'anxiété était déjà importante en début de traitement. 48% des patientes de leur échantillon affirment lors de la première séance de radiothérapie, avoir peur du traitement. Fitch et

al. (2003) ont mené des entretiens avec 118 patients atteints d'un cancer du sein ou de la prostate sur le vécu anticipatoire de la radiothérapie. Plusieurs thèmes ont été révélés par les analyses. Attendre est ce qui semble être le plus difficile (attendre pour recevoir un traitement alors que l'on a déjà attendu pour connaître le diagnostic, peur que des cellules ne prolifèrent durant cette période...). Les autres thèmes portent sur le fait de devoir faire de nombreux trajets pour ce traitement. Ceci est stressant et fatigant, et peut causer des difficultés. Halkett, Kristjanson, et Lobb (2008) ont également mené des entretiens semi dirigés, mais plus précisément sur la peur liée au traitement de radiothérapie auprès de trente-quatre femmes atteintes d'un cancer du sein. Deux thèmes émergent avant le début du traitement : la peur de recevoir ce traitement et les manières de contrer cette peur. Les patientes disent avoir peur de l'inconnu, d'être brûlées, de subir des dommages sur certains organes (os, poumon, cœur...). Elles anticipent aussi le fait d'être malade, de se sentir mal suite au traitement. En ce qui concerne leur manière de faire face, elles essaient de ne pas s'inquiéter et de rechercher des informations. A l'issue du traitement, la plupart des patientes disent que leurs craintes étaient exagérées.

Outre les travaux de Halkett et al. (2008), d'autres études ont porté sur la façon dont les patientes font face au traitement de radiothérapie. Selon Walker et al. (1996), les patientes ont surtout recours à l'évitement, à la comparaison, au fait de maintenir une vie normale et à la recherche d'information. Sur le même échantillon que pour l'étude de 2000, Wengström, Häggmark et Forsberg (2001) concluent que la manière dont les patientes font face aux traitements change avec le temps : (1) avant le traitement, les patientes font leur possible pour maintenir leurs activités habituelles (domestiques, familiales et sociales). Certaines rapportent de l'optimisme, d'autres se disent inquiètes et dépressives. (2) À la fin du traitement, elles maintiennent leurs activités sociales et familiales mais délaissent les activités domestiques (grâce à l'aide matérielle de la famille). Elles portent également plus d'intérêt à leur bien-être. Elles rapportent toujours de l'optimisme et se projettent dans le futur. Elles sont aussi nostalgiques quant à la fin du traitement et de la prise en charge. (3) Trois mois après le traitement, elles assument à nouveau les activités domestiques mais prêtent toujours attention à leur bien-être. Elles se sentent bien physiquement. L'optimisme et l'espoir sont cités, mais la peur de la récurrence est aussi évoquée.

Ainsi, le traitement de radiothérapie engendre des effets secondaires cutanés, mais il semblerait que la fatigue soit le symptôme le plus fréquent et le plus long à

s'estomper. Les patientes rapportent également des troubles du sommeil et une anxiété élevée avant et pendant les traitements. Cette anxiété reflète la peur des patientes relative à l'inconnu et aux effets secondaires du traitement. En ce qui concerne la manière de faire face au traitement, les patientes tentent de maintenir une vie « normale » tout en privilégiant leur bien-être, elles essaient d'être optimistes et recherchent de l'information.

### 1.3.2.3. La chimiothérapie

#### 1.3.2.3.1. *Description du traitement chimiothérapeutique*

Il s'agit là encore d'un traitement dit adjuvant qui complète la chirurgie. Elle est parfois administrée avant le traitement chirurgical dans le but de réduire la taille de la tumeur et de proposer une chirurgie conservatrice (traitement néo-adjuvant).

L'objectif de la chimiothérapie est de diminuer le risque d'apparition de métastases à distance dans l'avenir en agissant sur tout l'organisme. Des molécules ayant une action sur les cellules en division (et donc sur les cellules cancéreuses) sont injectées par intraveineuse. Elles ont l'inconvénient d'agir sur l'ensemble des tissus sains, provoquant temporairement des troubles digestifs, des mucites buccales, une alopecie, une aplasie sanguine, une perturbation du cycle menstruel et une grande fatigue. Elles sont cependant administrées sous forme de cycles le plus souvent espacés de trois semaines pour donner aux tissus sains le temps de se réparer.

L'impact de la chimiothérapie sur l'ajustement des patientes et de leur conjoint est fortement négatif.

#### 1.3.2.3.2. *Impact du traitement sur la détresse émotionnelle et la qualité de vie générale des patientes*

Ce traitement est souvent craint par les patients. Breen, Baravelli, Schofield, Jefford, Yates et Aranda (2009) se sont intéressés à la détresse émotionnelle de 192 patients cancéreux (atteints de cancers du sein ou gastro-intestinaux ou de lymphomes) sur le point de débiter un traitement de chimiothérapie. 45% des patients sont anxieux et 25% déprimés (scores moyens supérieurs à 8 à la HADS de Zigmond et Snaithe

(1983)). Déjà, en 1994, Middelboe, Ovesen, Mortensen et Bech avaient montré que 40% des patients cancéreux de leur échantillon présentaient des symptômes dépressifs avant le début du traitement de chimiothérapie, symptômes qui s'étaient très clairement estompés six mois plus tard. Alder et Bitzer (2003) ont interviewé 126 patientes atteintes d'un cancer du sein diagnostiqué dans les cinq années précédant l'étude. Selon ces patientes, l'une des deux phases les plus stressantes de leur parcours correspond au traitement de chimiothérapie. Un tel résultat avait déjà été obtenu par Hughes (1982) sur un nombre plus restreint de sujets.

Cowley, Heyman, Stanton et Milner (2000) ont mené des entretiens auprès de douze patientes traitées par chimiothérapie pour un cancer du sein un an auparavant. La moitié d'entre elles voit la chimiothérapie comme une police d'assurance qui leur donne plus de chances d'éviter la récurrence. Certaines femmes associent ce traitement à l'avancée de leur maladie, comme si la chimiothérapie les plongeait dans une phase palliative plutôt que curative. La plupart ont anticipé la perte des cheveux, mais aussi un questionnement par rapport à la mort. Les patientes disent qu'elles ont essayé de se montrer courageuses, de se comparer à d'autres personnes plus atteintes, d'avoir recours à l'humour et à la restructuration et de vivre leur vie comme d'habitude. Mais vivre comme d'habitude au cours du traitement est difficile car celui-ci entraîne une altération physique et mentale très rapide. La première semaine qui suit l'injection est marquée par les effets secondaires. Au cours de la seconde semaine, les patientes disent pouvoir réaliser quelques activités mais avec difficulté. La troisième semaine serait « normale. » Puis un nouveau cycle suit. Les patientes comparent ce traitement aux montagnes russes (« rollercoaster ») avec leurs hauts et leurs bas.

Les patientes atteintes d'un cancer du sein sont donc généralement anxieuses de débiter un traitement de chimiothérapie, souvent à juste titre. De nombreux auteurs ont étudié les effets secondaires de la chimiothérapie. Ces effets secondaires dépendent aussi du type de chimiothérapie administrée. Dans le cas des cancers du sein, la première ligne de chimiothérapie se compose de deux phases : une première de deux ou trois cycles d'un produit et une seconde de deux ou trois cycles également d'un autre produit. Boehmke et Dickerson (2005) ont montré que les symptômes et la détresse qui les accompagnent dépendent du type de traitement. Un des produits, généralement administré lors de la première phase, entraîne des nausées et une alopécie (Adriamycin et Cyclophosphamide) tandis que l'autre entraîne plutôt des douleurs osseuses et articulaires (Paclitaxel). Tous ces symptômes génèrent une détresse importante chez les

patientes (Manne, Sabbioni, Bovbjerg, Jacobsen, Taylor et Redd, 1994). Et plus ils sont nombreux, plus la détresse et les pensées intrusives sont importantes après la fin des traitements (Jim, Andrykowski, Munster, Jacobsen, 2007).

#### *1.3.2.3.3. Alopecie*

La perte des cheveux semble être l'effet secondaire le plus redouté. Elle entraîne un changement physique important, stigmatisant, qui vient rappeler la réalité de la maladie (Batchelor, 2001 ; Richer et Ezer, 2002). Lemieux, Maunsell et Provencher (2008) ont intégré à leur revue de littérature trente-huit articles sur les effets de l'alopécie sur la qualité de vie de patientes traitées pour un cancer du sein. La perte des cheveux entraîne effectivement une détresse émotionnelle importante. Elle a un impact non négligeable sur l'image du corps des patientes. Le fait de perdre ses cheveux serait également plus dur à vivre pour les patientes ayant subi une mastectomie que de perdre un sein. Ce changement est parfois difficile à assumer dans les relations intimes (Freedman, 1994) et sociales : certaines femmes craignent de reprendre leur travail (Freedman, 1994 ; Browal, Gaston-Johansson et Danielson, 2006) ce qui peut causer des pertes financières non négligeables (Meyerowitz, Sparks et Spears, 1979). Gérer la réaction des enfants représente également une grande inquiétude (Rayson, 2001). Frith, Hartcourt et Fussel (2007) ont mené des entretiens qualitatifs auprès de dix-neuf patientes atteintes d'un cancer du sein qui allaient recevoir un traitement de chimiothérapie. Quatre thèmes émergent des entretiens : anticiper la perte des cheveux, accepter l'inévitabilité de la perte des cheveux, être prête (réflexion autour de la gestion de cet effet secondaire), prendre le contrôle (couper ses cheveux avant, contrôler ses réactions émotionnelles).

#### *1.3.2.3.4. Ménopause précoce*

Chez une grande majorité de patientes jeunes, la chimiothérapie entraîne une ménopause précoce. Dans l'étude de Knobf (2002), sur les vingt-sept patientes interviewées, vingt-quatre sont en aménorrhée et deux en péri-ménopause. Elles essaient d'assimiler cette ménopause comme faisant partie de leur expérience de cancer du sein. Pour faire face à cela, elles minimisent cette ménopause précoce et font la

balance entre cet effet secondaire et le cancer. Pour certaines patientes cet effet secondaire n'est pas vécu comme un problème tandis que, pour d'autres, elle entraîne de la détresse et rappelle les pertes causées par le cancer (Davis, Zinkand et Fitch, 2000).

#### 1.3.2.3.5. *Impact sur la sexualité*

Certaines patientes se plaignent également de l'impact du traitement et des effets secondaires associés (fatigue, symptômes de la ménopause...) sur leur sexualité (Meyerowitz et al., 1979 ; Arora et al., 2001 ; Holmberg et al., 2001 ; Cebeci, Yangin et Tekeli, *sous presse*). Les principaux symptômes provoqués par ce traitement sont une diminution de l'intérêt sexuel, une absence de lubrification et une douleur importante pendant les rapports (Ganz et al., 2004 ; Cebeci et al., *sous presse*). Selon la revue de littérature de Stead (2003), la chimiothérapie serait associée à des effets à court terme, mais aussi à long terme, sur le fonctionnement sexuel. Or ces dysfonctionnements sexuels sont la cause d'une détresse accrue chez les patientes.

#### 1.3.2.3.6. *Troubles cognitifs et mnésiques*

De nombreuses patientes rapportent une dégradation cognitive. Shilling et Jenkins (2007) ont étudié ce phénomène auprès de cent quarante-deux patientes. Ils ont mesuré la dégradation cognitive auto rapportée par les patientes et objective à deux temps de mesure différents : à quatre semaine et à un an du dernier cycle de chimiothérapie et à six et dix-huit mois pour celles qui ne recevaient pas ce traitement. 71% d'entre elles rapportent des problèmes de mémoire à T<sub>1</sub> et 60% à T<sub>2</sub>. Et 64% rapportent des problèmes de concentration à T<sub>1</sub> et 42% à T<sub>2</sub>. Toutefois, ces troubles ne sont pas liés à un déclin cognitif objectif, il s'agit essentiellement d'erreurs d'inattention. Vandenbossche, Fery et Razavi (2009) ont publié une revue de la littérature regroupant les articles sur le sujet publiés entre 1997 et 2008. Ils indiquent effectivement que la détérioration cognitive est fréquemment rapportée par les patientes atteintes d'un cancer du sein et traitées par chimiothérapie, mais que ces mécanismes sont peu compris. Selon eux, ces problèmes cognitifs peuvent être dus à la chimiothérapie, mais aussi à l'hormonothérapie, à la détresse psychologique ou encore à la fatigue.

#### 1.3.2.3.7. *Fatigue*

Les patientes atteintes d'un cancer du sein se plaignent souvent d'une baisse de leur activité et d'un sentiment de fardeau concernant l'ensemble des symptômes physiques induits par le traitement (Meyerowitz et al., 1979 ; Arora et al., 2001). Beaucoup se plaignent aussi de fatigue : les patientes traitées par chimiothérapie ont deux fois plus de risque de rapporter de la fatigue que celles traitées par radiothérapie (Andrykowski, Schmidt, Slasman, Beacham et Jacobsen, 2005).

Cette fatigue a une forte influence sur l'ajustement des patientes à leur maladie. Ainsi, Lee (2001) a mené une étude auprès de 122 femmes atteintes d'un cancer du sein et dont 83,6% étaient traitées par chimiothérapie. La fatigue à elle seule explique 38% de la variance de l'ajustement psychosocial de ces patientes. Cette fatigue est généralement prédite par des niveaux élevés de détresse émotionnelle avant le début du traitement (Berger et Walker, 2001). Broeckel, Jacobsen, Horton, Balducci et Lyman (1998) ont mené une étude comparative auprès de soixante et une patientes traitées par chimiothérapie un peu plus d'un an auparavant et de cinquante neuf femmes sans antécédent de cancer du sein. La fatigue des patientes est liée à la présence d'un trouble psychiatrique, à un nombre important de symptômes de la ménopause ou encore à une mauvaise qualité du sommeil. Kuo, Chiu, Liao et Hwang (2006) se sont intéressés à l'impact du traitement de chimiothérapie sur le sommeil des patientes. Le sommeil est surtout de mauvaise qualité durant la phase active du traitement (à la fin de la première semaine du cycle). Les auteurs émettent l'hypothèse que cela est dû à la détresse liée aux effets secondaires.

#### 1.3.2.3.8. *Ajustement des conjoints à la chimiothérapie*

Cette fatigue a bien sûr un impact sur la vie de famille : il devient difficile de s'occuper des enfants comme d'habitude. Le rôle de chacun dans la famille est modifié : le mari devient par exemple le premier aidant (Rayson, 2001). Wilson et Morse, en 1991, ont mené des entretiens avec quatorze partenaires de femmes atteintes d'un cancer du sein et traitées par chimiothérapie. A l'issue de ces entretiens, ils ont développé un modèle en trois stades : identifier la menace, engager le combat puis devenir un vétéran. Selon ces auteurs le rôle des maris consiste à faire le tampon (« *buffering* ») entre les patientes et le traitement. Les patientes sont conscientes des

difficultés de leur compagnon à faire face à cette situation. (Browall et al., 2006). Hilton, Crawford et Tarko (2000) se sont intéressés à la façon dont les maris faisaient face au cancer et au traitement de chimiothérapie de leur épouse. Ils ont mené des entretiens auprès de onze maris. Deux thèmes majeurs ressortent : la maladie de l'épouse et les soins, et poursuivre la vie de famille. Neuf sous thèmes sont également dégagés : être présent, être un relais avec les professionnels de santé, être informé et participer à la prise de décision, maintenir une continuité dans la vie de famille, apporter de l'aide et faire le relais avec les autres, être positif, se positionner comme un soutien, adapter sa vie professionnelle et s'occuper des finances. Selon Lethborg et al. (2003), les partenaires vivent le temps des traitements comme un traumatisme. Ils se sentent impuissants dans un premier temps, puis tentent de reprendre le contrôle, de soutenir au mieux leur compagne et d'être positifs. Mais cette forte mobilisation de leurs ressources propres a un impact sur leur vie personnelle (sentiments d'isolement, d'épuisement...).

#### 1.3.2.4. L'hormonothérapie

##### *1.3.2.4.1. Description du traitement par hormonothérapie*

L'hormonothérapie réduit le risque : (1) de récurrences locales, (2) d'apparition d'un cancer du sein controlatéral, (3) d'apparition de métastases à distance. Elle agit aussi sur l'ensemble du corps et vise à empêcher l'action de certaines hormones sur les cellules cancéreuses afin de ralentir ou de stopper leur croissance.

Ce traitement ne peut être envisagé que pour des cancers hormonosensibles, c'est-à-dire lorsque les tumeurs possèdent des récepteurs hormonaux<sup>5</sup>.

Il existe deux sortes de molécules : le tamoxifène (Nolvadex®) qui est un inhibiteur compétitif de la liaison des oestrogènes à leur récepteur, et l'anastrozole (Arimidex®) qui est un inhibiteur de l'aromatase.

---

<sup>5</sup> Lorsqu'un cancer contient des récepteurs hormonaux, les hormones peuvent se fixer sur des cellules de la tumeur qui est alors sensible à leur action. C'est le cas du Tamoxifène qui est un anti-oestrogène.

#### 1.3.2.4.2. *Ajustement des patientes à l'hormonothérapie*

Parmi les effets secondaires de ces traitements, nous pouvons citer les bouffées de chaleur, une irritation ou sécheresse vaginale, une prise de poids et parfois des nausées et vomissements. Toutefois, la part psychosomatique de certains de ces effets secondaires reste à vérifier.

Les études portant sur l'impact psychologique de ce type de traitement sont plutôt rares. Cameron, Leventhal et Love (1998) ont mené une recherche auprès de 140 patientes en rémission d'un cancer du sein. La moitié des patientes a reçu le tamoxifène, l'autre moitié un placebo. Les auteurs ont étudié l'impact de l'anxiété-trait sur les symptômes, les inquiétudes par rapport au cancer et l'auto-palpation des seins. Dans chacun de ces groupes, les patientes ont été divisées en deux autres groupes (anxiété-trait élevée ou faible). Il semblerait que l'anxiété-trait soit associée à une activation de la vigilance des patientes (sensibilité plus importante aux symptômes dus au traitement, tendance à associer plus facilement les symptômes au traitement, nombre plus important d'inquiétudes liées au cancer, auto-palpation plus fréquente). En ce qui concerne un lien éventuel entre hormonothérapie et dépression, Day, Ganz et Constantino (2001) ont intégré une mesure de la dépression au protocole d'une étude dont l'échantillon était constitué de 11 064 patientes dont une partie recevait du tamoxifène et l'autre un placebo. Les patientes recevant le tamoxifène n'ont pas développé plus de symptômes que celles du groupe contrôle. Toutefois, les auteurs soulignent que les patientes ayant des antécédents de dépression sont plus à risque de développer ce type de symptômes et qu'il est important d'en tenir compte.

Hunter, Grunfeld, Mittal, Sikka, Ramirez, Fentiman et Hamed (2004) ont aussi mené une étude auprès de 113 patientes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein en moyenne trois ans auparavant, et sous tamoxifène. Parmi ces patientes, quarante-quatre ont aussi accepté des entretiens qualitatifs. 80% des patientes se plaignent de bouffées de chaleur et 72% de sueurs nocturnes. 58% disent que leur libido est en baisse et 36% d'entre elles attribuent cette baisse de la libido et leur sécheresse vaginale au traitement. Pour pallier ces effets secondaires, les patientes disent avoir recours préférentiellement à la phytothérapie et à la consommation de vitamines, ainsi qu'aux thérapies cognitives et comportementales et à la relaxation qui ont déjà démontré leur intérêt dans la gestion des symptômes de la ménopause. Ces auteurs ont également démontré qu'il existait une association entre certains symptômes (bouffées de chaleur et sueurs nocturnes) et des scores élevés d'anxiété, des problèmes de sommeil, un fonctionnement social et

émotionnel altéré et une mauvaise image du corps, confirmant en partie les résultats de Cameron et al. (1998) sur le lien entre anxiété et perception des symptômes.

Un autre courant de recherche s'est concentré sur le lien entre hormonothérapie et altération cognitive. Ainsi, Jenkins, Shilling, Fallowfield, Howell et Hutton (2004) ont mené une étude auprès de quatre-vingt quatorze patientes traitées par tamoxifène, anastrozole ou les deux, et de trente-cinq femmes saines. Les problèmes que rencontrent les patientes sous hormonothérapie concernent la vitesse de traitement et la mémoire verbale. Selon les auteurs, la mémoire verbale serait en effet sensible aux changements de niveaux d'oestrogènes. Collins, Mackenzie, Stewart, Bielajew et Verma (2009) ont confirmé ces résultats. Leur étude permet aussi de démontrer que le déclin cognitif est plus marqué pour les patientes sous anastrozole que sous tamoxifène.

Castellon, Ganz, Bower, Petersen, Abraham et Greendale (2004) ont mené le même type d'étude auprès de femmes saines (N=19) et de patientes traitées uniquement par chirurgie (N=17), par chirurgie et chimiothérapie (N=18) et par chirurgie, chimiothérapie et tamoxifène (N=17). Les patientes traitées par chimiothérapie rapportent un déclin cognitif dans les domaines de l'apprentissage verbal, du fonctionnement visuo-spatial et de la mémoire visuelle. Ce déclin est d'autant plus important lorsque les patientes reçoivent le tamoxifène. Toutefois, ces auteurs ont aussi montré qu'il n'existait pas de lien entre déclin objectif et subjectif. Mais peut-être ces symptômes sont-ils aussi dus à la fatigue émanant de l'accumulation de traitements depuis le diagnostic. De nouvelles recherches seraient nécessaires pour éclairer ce type de résultat.

#### 1.3.2.5. La thérapie ciblée

Elle désigne les traitements dirigés contre des anomalies moléculaires spécifiques des cellules cancéreuses impliquées dans le développement des cancers. Ainsi, dans 25% des cancers du sein, il a été retrouvé une activation des récepteurs de facteurs de croissance tumorale (surnommé Her2) à la surface de la cellule cancéreuse. Il suffisait alors de développer un anticorps bloquant ce récepteur. Le premier approuvé par la communauté médicale a été le trastuzumab (Herceptin®). Néanmoins, ces cancers du sein qui surexpriment Her2 sont de plus mauvais pronostic avec un taux de rechute métastatique important dans les deux ans.

A notre connaissance, aucune étude n'a été publiée sur le vécu de ce traitement par les patientes.

### 1.3.3. La période post thérapeutique

#### 1.3.3.1. Une surveillance médicale rapprochée

Après les traitements du cancer du sein, suit une nouvelle période d'incertitude : reste-t-il ou non des cellules au niveau de la zone traitée ou ailleurs dans le corps ? Une surveillance régulière est mise en place pour détecter les signes d'une éventuelle rechute, mais aussi pour prendre en charge les possibles effets secondaires des traitements passés. La surveillance médicale est d'abord rapprochée (tous les trois ou quatre mois) puis est plus espacée avec le temps : tous les six mois puis tous les ans après cinq ans. Cette surveillance est avant tout clinique (palpation) et s'accompagne d'une mammographie annuelle.

#### 1.3.3.2. La qualité de vie des patientes durant la période post-thérapeutique

Cheng, Thompson, Ling et Chan (2005) ont étudié les symptômes ressentis par 243 patients cancéreux dans l'année suivant le traitement initial. Parmi ces patients, 26% avaient un cancer du sein. Les symptômes les plus fréquemment cités sont la bouche sèche (49,8%), le manque d'énergie (46,9%), les inquiétudes (39,1%), la douleur (35%) et le fait d'avoir sommeil (33,7%). Shimozuma, Ganz, Petersen et Hirji (1999) avaient déjà mis en évidence la persistance de certains de ces symptômes (fatigue et manque d'énergie, problèmes de sommeil) et d'autres plus spécifiques au cancer du sein (engourdissement et tension dans le bras, bouffées de chaleur) à un an de la chirurgie. Cette étude a aussi permis de montrer que la majorité des patientes présente une bonne qualité de vie à un an de la chirurgie. Toutefois, des troubles de l'humeur et une image du corps dégradée à un mois de l'opération prédisent une qualité de vie altérée un an plus tard.

En 1996, Ganz, Coscarelli, Fred, Kahn, Polinsky et Petersen publient les résultats d'une étude longitudinale sur 139 femmes en rémission d'un cancer du sein. Les patientes ont

été rencontrées dans la première année suivant le traitement chirurgical (N=139) puis à deux et trois ans du traitement (respectivement N=69 et N=70). Les patientes présentent un très bon ajustement à un an de la chirurgie. En revanche, leurs scores moyens de qualité de vie globale et de fonctionnement marital et sexuel diminuent. Les domaines qui demeurent atteints au-delà d'un an sont les activités physiques et distractives, l'image du corps, l'intérêt sexuel, la fonction sexuelle et la difficulté de faire des rencontres lorsqu'on est célibataire.

### 1.3.3.3. La détresse émotionnelle des patientes durant la période post-thérapeutique

La plupart des auteurs s'accorde à dire que les patientes en rémission d'un cancer du sein présentent un bon ajustement psychologique, que ce soit dans l'année suivant la fin des traitements ou plus tard. Pourtant, la fin des traitements est parfois une période faite d'anxiété et d'incertitude (Arnold, 1999 ; Greimel, Thiel, Peintinger, Cegnar et Pongratz, 2002 ; Miranda, De Resende, Melo, Costa et Friedman 2002 ; Rabin, 2003 ; Sehlen et al., 2003). Selon Daune (1995), les traitements représentaient une routine, ils rythmaient le quotidien. Bien que contraignants, fatigants, ils paraissaient associés à une certaine sécurité par la présence du personnel soignant. A la fin des traitements, les patients doivent poursuivre seuls et doivent apprendre à vivre avec l'incertitude (Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor et Falke, 1992), ce qui se traduit par un niveau élevé d'anxiété. C'est en ce sens que Koocher et O'Malley (1981) ont parlé du syndrome de Damoclès pour les malades en rémission, se caractérisant par la peur d'une rechute et la menace de mort ou de vie écourtée.

Kornblith et Ligibel ont publié une revue de la littérature en 2003 sur l'ajustement des patientes atteintes d'un cancer du sein en rémission. La plupart des patientes présentent un bon ajustement deux ans après le diagnostic. Toutefois, certaines d'entre elles rapportent des scores élevés de détresse (entre 5 et 50% selon les études et le délai depuis le diagnostic). A long terme, les patientes se plaignent essentiellement d'une détresse liée au cancer (image du corps modifiée, peur de la récurrence, problèmes sexuels, symptômes de stress post-traumatique). L'étude de Costanzo, Lutgendorf, Mattes, Trehan, Robinson, Tewfik et Roman (2007) a confirmé l'ensemble de ces résultats.

Les patientes à risque d'un mauvais ajustement à long terme sont celles qui présentent des séquelles, comme le lymphœdème (Kornblith et Ligibel, 2003), et une détresse liée à ces symptômes (Mast, 1998), qui ont des scores élevés de peur de la récurrence et d'incertitude (Mast, 1998), qui sont jeunes (Costanzo et al., 2007) et qui ont des antécédents d'anxiété et/ou de dépression (Costanzo et al., 2007).

Richer et Ezer (2002) ont rencontré dix patientes atteintes d'un cancer du sein et les ont interrogées sur leur expérience de cancer et de chimiothérapie. Trois dimensions déjà présentées dans le paragraphe précédant, ressortaient des analyses, la dernière étant nommée par les auteurs « *moving on* », c'est-à-dire « avancer », « se remettre en route » : les patientes recherchent un nouvel équilibre, elles font de nouveaux projets, établissent de nouvelles priorités, et tentent de retrouver une vie normale. Collins, Nash, Round et Newman (2004) ont aussi mené des entretiens qualitatifs auprès de vingt-quatre patientes traitées pour un cancer du sein dans les dix-huit mois précédents. Selon les patientes, retrouver une vie normale a duré plus longtemps que ce qu'elles pensaient, ce qui montre bien que cette maladie continue de les perturber à long terme. Beaucoup se plaignent de rencontrer des difficultés à réaliser des tâches qui leur demandent de mobiliser le haut de leur corps. De manière générale, l'ensemble des problèmes physiques rencontrés quotidiennement (inconfort pour dormir, pour conduire, pour jardiner, pour adopter certaines postures...) entraîne une sorte de « tension psychologique » car ils rappellent aux patientes leur maladie.

#### 1.3.3.4. Ajustement du couple à la période post-thérapeutique

Si l'on considère le vécu de cette période au sein même du couple, il semblerait que les patientes et les conjoints aient des réactions différentes (Fergus et Gray, 2009). Pour la plupart des conjoints, la fin des traitements signifie la fin de la maladie. Ils sont donc pressés de retrouver une vie normale et ont tendance à minimiser le risque potentiel de récurrence. Dans le même temps, leur compagne voit la fin des traitements comme l'entrée dans une nouvelle période d'incertitude et d'insécurité pour sa santé. Lethborg et al. (2003) avaient déjà obtenu des résultats équivalents en demandant à huit partenaires de patientes atteintes d'un cancer du sein de parler de leur expérience durant les différentes phases du cancer du sein. La fin des traitements est vécue avec

ambivalence entre la peur d'une récurrence et le désir de tourner la page et de profiter de la vie, alors même que leur compagne en rémission n'y parvient pas elle-même.

Harrow, Wells, Barbour et Cable (2008) ont mené 26 entretiens en face-à-face avec des conjoints de patientes ayant été traitées pour un cancer du sein. Le thème général qui ressort de ces entretiens est l'« expectative. » En effet, une fois les traitements terminés, les partenaires sont dans l'ambiguïté, l'incertitude, ils se décrivent comme étant entre deux états : l'avant- et l'après-cancer. Trois thèmes secondaires sont mis en avant. Le premier est de trouver un rôle : les partenaires ont soutenu leur compagne physiquement et émotionnellement, ils se sont occupés des enfants le cas échéant, et ils ont à présent des difficultés à retrouver leur ancien rôle dans la famille car les besoins des patientes sont encore présents bien au-delà de la période des traitements. Le second thème concerne les relations. Maintenir leur couple est essentiel pour les conjoints. Pour cela, ils font leur possible pour minimiser l'impact de la maladie sur leur relation conjugale, se montrent positifs et soutenant, alors que cela n'est pas toujours facile. Enfin, le troisième thème correspond au fait d'« avancer » : les partenaires ont besoin de tourner la page, mais leur compagne n'est pas toujours prête pour cela. Peu d'hommes admettent que tout ne peut pas redevenir comme avant.

Cette vision décalée de la période post-thérapeutique dans le couple est une source de frustration pour les patientes et leur conjoint.

#### **1.4. Conclusion**

Tout au long de ce chapitre, nous nous sommes attachée à présenter le cancer du sein et sa prise en charge à plusieurs étapes clés (phase diagnostique, temps des traitements, période post-thérapeutique). L'ajustement des patientes et de leur conjoint est spécifique à chacune de ces étapes et il semble important d'intégrer des mesures répétées aux recherches sur le cancer de manière à tenir compte de cette évolution. Actuellement, peu d'études ont mesuré l'ajustement des patientes à différents moments de la maladie (diagnostic, traitement, fin des traitements, quelques semaines et quelques mois plus tard). Pour une grande majorité, les recherches tendent à explorer la détresse émotionnelle des patients pendant les traitements, juste à leur fin ou bien plusieurs années plus tard (Carver, Pozo, Harris, Noriga, Scheier, Robinson, Ketcham,

Moffat et Clark, 1993 ; Heim, Valach et Schaffner, 1997 ; Hoskins, Baker, Sherman, Bohlander, Bookbinder, Budin, Ekstrom, Knauer et Maislin, 1996a).

En ce qui concerne les partenaires, le vécu de la maladie du conjoint est souvent apprécié lors d'une unique mesure. Les études réalisées en parallèle sur les patientes et leur partenaire sont pour l'instant exceptionnelles. Or, nous avons vu que l'ajustement de chacun des membres du couple peut influencer la qualité de vie et la détresse émotionnelle du second. Il devient donc essentiel de passer d'une dimension individuelle de l'ajustement au cancer du sein à une dimension interindividuelle.

Le chapitre suivant portera sur le rôle du soutien social, puis plus spécifiquement du soutien marital et de l'ajustement dyadique dans l'adaptation des couples au cancer du sein.

## **CHAPITRE 2. SOUTIEN SOCIAL ET AJUSTEMENT DYADIQUE : LEUR IMPACT SUR LA QUALITE DE VIE ET LA DETRESSE EMOTIONNELLE DES PATIENTES ET DE LEUR CONJOINT**

Nous allons nous attacher dans ce chapitre à étudier les effets du cancer du sein à un niveau interindividuel. Le concept de soutien social sera présenté et l'impact du cancer sur les relations interpersonnelles des patientes et des conjoints sera développé. La deuxième partie de ce chapitre sera consacrée à l'ajustement dyadique : sa description et son influence sur l'ajustement individuel des patientes et de leur compagnon. Enfin, le rôle de la communication dans l'ajustement du couple au cancer du sein sera abordé.

### **2.1. Le soutien social**

#### 2.1.1. Définitions et modèles : besoins de soutien, soutien reçu, soutien perçu.

##### 2.1.1.1. Définitions du soutien social

Le soutien social est un concept qui apparaît dans les années 70, avec les articles de Caplan (1974), Cassel (1976) et Cobb (1976). Selon Caplan (1974), le soutien social est prodigué par les proches mais aussi par la communauté ou le voisinage. Il a pour but de protéger le bien-être des individus face à divers stressseurs. Pour Cassel (1976), le soutien est essentiellement fourni par l'environnement proche et vise à protéger les individus confrontés à des événements stressants. Cobb (1976) considère le soutien social comme de l'information conduisant la personne à croire qu'elle est appréciée et aimée, qu'elle est estimée et qu'elle fait partie d'un réseau avec des obligations mutuelles. Nous voyons donc que le soutien social a d'abord été défini à travers sa fonction. Il a aussi été réduit, dans un premier temps, à sa dimension sociologique de réseau social, c'est-à-dire au « nombre de relations sociales qu'un individu a établies

avec autrui, la fréquence des contacts sociaux effectifs avec ces personnes et l'intensité (ou la force) de ces liens.» (Barrera, 1986).

Pour Cohen et Mc Kay (1984), il s'agirait d'une ressource psychologique qui regroupe l'ensemble des perceptions d'un sujet en ce qui concerne la qualité de ses relations sociales. On parle dès lors de soutien social perçu. Un réseau social très étendu peut très bien ne pas répondre aux besoins d'un individu, tout comme une seule personne peut apporter l'assistance souhaitée dans une situation douloureuse. C'est la perception de la réalité qui est importante, plus que la réalité elle-même.

Nous voyons déjà que les définitions proposées sont très diverses et souvent construites autour des fonctions et dimensions qui composent ce concept.

#### 2.1.1.2. Un concept pluridimensionnel

Le seul consensus concernant le soutien social est qu'il est pluridimensionnel. Plusieurs auteurs se sont intéressés aux différentes dimensions qui composent le soutien social (Barrera, 1986 ; Streeter et Franklin, 1992 ; Vaux et al., 1986 ; Vaux, 1988 ; Pierce, Sarason et Sarason, 1996). Il en ressort trois dont la terminologie est différente d'un auteur à l'autre :

- le réseau de soutien (intégration sociale, ressources du réseau de soutien...) : il s'agit de l'ensemble des personnes vers qui la personne peut se tourner pour obtenir de l'aide ;

- les comportements de soutien (soutien effectivement reçu, relations de soutien...) : ils font référence à l'ensemble des actions ou des comportements qui apportent effectivement de l'aide à la personne ;

- le soutien social perçu, aussi appelé appréciation subjective du soutien, est la façon dont un individu perçoit l'aide de son entourage. Cela regroupe le sentiment d'avoir suffisamment de soutien ou pas selon nos besoins, la satisfaction à l'égard du soutien reçu, la perception de la disponibilité et de l'adéquation du soutien ou encore la confiance que le soutien sera disponible en cas de besoin.

### 2.1.1.3. Différents types et sources de soutien social

Il convient aussi de distinguer différents types et différentes sources de soutien. Il existerait quatre types de soutien (House, 1981) :

- le soutien émotionnel réside dans la protection et la réassurance apportées à une personne ;
- le soutien d'estime consiste à rassurer un sujet concernant ses compétences, sa valeur ;
- le soutien matériel ou financier peut être apporté à travers le prêt, le don d'argent et n'importe quel service rendu ;
- le soutien informatif consiste à donner des conseils, faire des propositions ou encore apporter des informations sur les questions que se pose la personne.

Un autre élément important du soutien social est la source. Le soutien peut être prodigué par le conjoint, la famille, les amis, les collègues, ou encore les professionnels de santé.

### 2.1.1.4. Le soutien social dans l'approche transactionnelle du stress

Richard Lazarus et Susan Folkman (1984) ont intégré le concept de soutien social à leur approche transactionnelle du stress. Selon eux, tout sujet confronté à une situation stressante procéderait à deux évaluations successives permettant de définir, d'une part, le potentiel stressant de la situation et, d'autre part, ses ressources mobilisables pour y faire face. Il convient donc de distinguer deux formes d'évaluation :

- l'évaluation primaire au cours de laquelle le sujet évalue les enjeux de la situation en terme de perte, de menace ou de défi ;
- l'évaluation secondaire durant laquelle il établit l'inventaire des diverses ressources dont il dispose pour remédier à la perte, prévenir la menace ou obtenir le bénéfice. On distingue les ressources personnelles (capacité à contrôler la situation ou contrôle perçu) et les ressources sociales (soutien social).

Ces deux évaluations aboutissent ensuite à la mise en place de stratégies permettant de faire face à la situation.

Le soutien social semble donc jouer un rôle important dans l'ajustement du sujet à une situation stressante. De nombreuses recherches dans le domaine des pathologies chroniques ont permis de montrer que le soutien social entraîne deux types d'effets sur la santé (Rasclé, 1994) :

- un effet direct : le soutien social est bénéfique à la santé et au bien-être indépendamment des expériences effectives de soutien vécues par la personne.

- un effet tampon : le soutien social agit sur la santé indirectement, en protégeant la personne contre les effets négatifs du stress.

Ces effets sont présentés dans la figure 2.

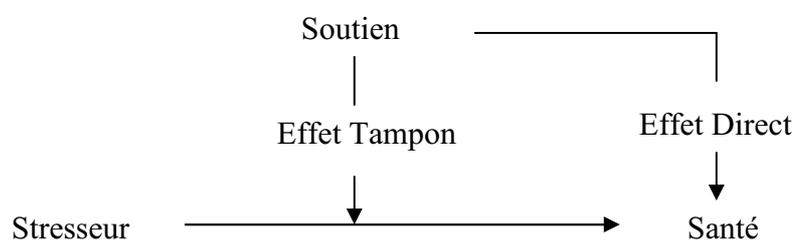


Figure 2 : Effet direct et tampon du soutien social sur la relation entre les stressseurs et l'état de santé (Rasclé, 1994, p140)

#### 2.1.1.5. La conception du soutien social en psycho-oncologie

Certains auteurs impliqués dans la recherche en psycho-oncologie se sont attachés à décrire les ressources sociales des patients cancéreux.

En 1984, Wortman, dans une revue de la littérature, avait déjà détecté de nombreux problèmes dans l'étude du soutien social auprès des patients cancéreux. Selon elle, seule la disponibilité du soutien était évaluée. Elle conseillait donc de tenir compte des différents types de soutien social, mais aussi du soutien négatif car des problèmes interpersonnels comme la fuite de l'entourage, une communication rompue ou l'isolement du patient, pouvaient résulter du diagnostic de cancer.

Landmark, Strandmark et Wahl (2002) ont interrogé 10 patientes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein sur le soutien reçu dans le cadre de leur maladie. Il en ressort que le soutien social est constitué d'interactions entre la patiente et divers protagonistes. Selon les auteurs, ces interactions peuvent être divisées en deux groupes :

les interactions avec les proches (enfants et petits-enfants, conjoint, parents, frères et sœurs) et autres contacts ou connaissances (amis, collègues, voisins, famille éloignée, médecins...) et les interactions avec les organisations et les institutions (hôpitaux, organisations liées au cancer, services sociaux...). Ces relations se définiraient par du soutien social, mais aussi par du manque de soutien, et les deux contiendraient trois dimensions : émotionnelle, instrumentale et informative.

En 2001, Reynolds propose une conception originale du soutien social. Elle distingue quatre types différents, selon que le soutien est voulu (ou non) et reçu (ou non) :

- soutien voulu et reçu
  - soutien non voulu et non reçu
  - soutien voulu et non reçu
  - soutien non voulu et reçu
- } Soutien social congruent

C'est à travers cette définition qu'elle a étudié le rôle du soutien social sur l'ajustement au cancer du sein. Les patientes n'obtenant pas le soutien souhaité sont plus en détresse, pendant et après les traitements, que celles recevant un soutien congruent.

### 2.1.2. La mesure du soutien social en cancérologie

De multiples moyens de mesure de ce concept sont disponibles. Ils sont bien sûr dépendants de la dimension que l'on désire évaluer, d'où l'importance pour tout chercheur d'avoir une idée très précise de ce qu'il souhaite mesurer.

Dans le domaine de la recherche en psycho-oncologie, les chercheurs utilisent fréquemment des outils de mesure génériques. En effet, les outils évaluant le soutien social spécifique à la pathologie cancéreuse sont rares. Les outils les plus couramment utilisés sont présentés dans ce paragraphe puis synthétisés dans le tableau 5.

#### 2.1.2.1. Mesures génériques du soutien social

##### 2.1.2.1.1. *Questionnaires de soutien social perçu*

Deux outils génériques sont régulièrement utilisés pour évaluer le soutien social perçu.

Le questionnaire le plus utilisé internationalement pour évaluer le soutien social perçu est le Social Support Questionnaire (SSQ). Cet outil, développé par Sarason et son équipe, existe en deux versions : une à 27 items (Sarason, Levine, Basham et Sarason, 1983) et l'autre à 6 items (Sarason, Sarason, Shearin et Pierce, 1987). Il permet de mesurer deux dimensions du soutien social perçu : la disponibilité et la satisfaction. Dans un premier temps, il est demandé aux sujets de lister les personnes sur lesquelles ils peuvent compter dans plusieurs situations différentes. Ils doivent ensuite indiquer leur degré de satisfaction par rapport aux sources de soutien citées pour chacune des situations. Ce questionnaire a été traduit et validé dans sa version courte en français sur 348 adultes (Rasclé, Aguerre, Bruchon-Schweitzer, Nuissier, Quintard, 1997 ; Rasclé, Bruchon-Schweitzer et Sarason, 2005).

Le second instrument le plus couramment utilisé en psycho-oncologie pour évaluer le soutien social perçu est la Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) de Zimet, Dahlem, Zimet et Farley (1988). Cet outil consiste en 12 items permettant de mesurer le niveau de soutien social perçu pour trois sources de soutien différentes (famille, amis, autrui significatif).

#### *2.1.2.1.2. Questionnaires de comportements de soutien*

Deux questionnaires sont couramment utilisés pour évaluer les comportements de soutien : l'Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) et l' UCLA Social Support Inventory (UCLA-SSI).

L'Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) de Barrera, Sandler et Ramsay (1981) a été utilisé dans de nombreuses recherches. Son principal intérêt réside dans la possibilité de mesurer plusieurs catégories de comportements de soutien : soutien émotionnel, soutien instrumental, soutien informatif et soutien intégratif (facilitant la socialisation). Il comporte 10 items par facteur, soit 40 items.

Le questionnaire développé par Schwartzer, Dunkel-Schetter et Kemeny (1994), le UCLA Social Support Inventory (UCLA-SSI), a aussi été utilisé par plusieurs chercheurs. Validé auprès d'une population d'homosexuels masculins à risque de contracter le VIH, il est constitué de 24 items et prend en compte trois types de soutien (informatif, tangible et émotionnel), quatre sources de soutien (amis, famille, conjoint et communauté) et trois dimensions du soutien (fréquence, satisfaction et réciprocité). Cet

outil est aujourd'hui utilisé auprès de populations atteintes de diverses pathologies, mais aussi auprès de la population générale.

#### 2.1.2.1.3. *Questionnaire de soutien négatif*

Ingram, Betz, Mindes, Schmitt et Smith (2001) proposent un questionnaire original d'interactions sociales négatives : l'Unsupportive Social Interactions Inventory (USII). Cet outil a été développé à partir d'entretiens qualitatifs auprès de 40 étudiants sur les comportements non soutenant rencontrés dans des situations stressantes. Les auteurs ont ensuite construit 89 items dérivés de ces entretiens. Ils ont distribué le questionnaire réduit à 79 items à 351 étudiants. La validation de l'outil aboutit à une version finale à 24 items et quatre facteurs : la distance, la critique, la minimisation et la maladresse.

Si les questionnaires généraux sont nombreux, ceux plus spécifiques à la pathologie cancéreuse sont rares et utilisés à petite échelle. C'est ce que nous allons voir dans le paragraphe suivant.

#### 2.1.2.2. Mesures spécifiques aux pathologies chroniques ou au cancer

Certains auteurs ont préféré privilégier la source de soutien. C'est le cas de Northouse qui a développé en 1988 un questionnaire aussi appelé le Social Support Questionnaire (SSQ). Il s'agit d'un questionnaire auto-administré de huit items permettant de mesurer le soutien social perçu dans le contexte de la maladie, concernant les cinq sources suivantes : conjoint, famille, amis, infirmières, médecins. Cela revient à un total de 40 items étant donné que les participants répondent aux huit items pour chacune des cinq sources de soutien. Un score total est calculé pour chaque source de soutien.

Le MOS-Social Support Survey (MOS-SSS) a été développé pour des patients participant à la *Medical Outcomes Study* (MOS), une étude d'une durée de deux ans auprès de personnes souffrant de maladies chroniques. Il comprend 20 items et permet également d'évaluer la disponibilité perçue de quatre types de soutien : soutien

émotionnel/informatif, soutien instrumental, soutien affectif et interactions de soutien positives (Sherbourne et Stewart, 1991). Il en existe une version canadienne française (Anderson, Bilodeau, Deshaies, Gilbert et Jobin, 2005).

D'autres chercheurs se sont plutôt intéressés aux besoins de soutien rapportés par les patients cancéreux. Il existe de nombreux outils évaluant ces besoins : Wen et Gustafson (2004) en ont dénombré dix-sept. Nous n'en présenterons ici que trois.

Le premier est celui de Foot et Sanson-Fisher (1995) dont de nombreux chercheurs se sont inspirés pour construire leur propre outil. Il s'agit du Cancer Patient Needs Questionnaire (CPNQ). Il comporte 52 questions et tient compte de plusieurs domaines de la vie des patients : information sur leur santé, issues psychologiques, soutien et soins apportés au patient, issues physiques et de la vie quotidienne, communication interpersonnelle.

Hodgkinson, Butow, Hunt, Pendlebury, Hobbs, Lo et Wain (2007b) ont récemment proposé un instrument de mesure (le CaSUN : Cancer Survivors' Unmet Needs measure) en 35 items, construits à partir d'outils déjà existants, dont le CPNQ, et d'entretiens qualitatifs, permettant d'évaluer pour chacun des besoins proposés : (0) la non existence de ce besoin, (1) si ce besoin a été satisfait ou (2) si ce besoin n'a pas été satisfait. Cinq domaines sont explorés : survie (changements dans les croyances, prendre des décisions dans un contexte d'incertitude, spiritualité), compréhension des soins (coordination des soins, participation à la prise en charge, accessibilité des soins), information, qualité de vie (changements, gérer les effets secondaires...), relations (impact sur les relations avec autrui, problèmes liés à la vie sexuelle).

Lindop et Cannon (2001) ont, eux, développé un outil spécifique aux patientes atteintes d'un cancer du sein intitulé le Self-Assessed Support Needs Scale (SASNS). Cet outil compte 54 items et 7 facteurs correspondant aux besoins spécifiques des patientes atteintes d'un cancer du sein dans différents domaines de leur vie et à différents temps de la prise en charge : diagnostic, traitement, soutien, féminité et image du corps, famille et amis, information, période post-traitement. Les patientes doivent rapporter si les besoins décrits sont importants pour elles.

L'équipe de Sharon Manne, de son côté, a construit un questionnaire sur les comportements « non soutenant » des conjoints : le Perceived Negative Spouse Behaviors Scale. Cet outil a d'abord été construit à partir d'entretiens réalisés avec des couples dont l'un des deux membres est atteint d'une polyarthrite rhumatoïde (Manne et

Zautra, 1990). Il se constitue de 13 items. Manne, Taylor, Dougherty et Kemeny (1997) ont validé cette échelle auprès de patients cancéreux et deux facteurs sont identifiés : critique et évitement.

Cette même équipe (Manne et Schnoll, 2001) propose aussi un questionnaire permettant d'évaluer les réponses du conjoint au diagnostic de cancer : le Partner Responses to Cancer Inventory (PRCI). Cet outil se compose de 48 items développés par les auteurs ou dérivés de l'ISSB de Barrera et al. (1981), et permet de mesurer quatre facteurs : (1) le soutien émotionnel et instrumental, (2) le soutien informatif, (3) encourager la prise de distance et l'auto-restriction, (4) et la critique et le repli.

### 2.1.2.3. Mesures spécifiques aux conjoints

Hodgkinson, Butow, Hobbs, Hunt, Lo et Wain (2007c) se sont intéressés aux besoins des conjoints de patients cancéreux. Ils ont développé un questionnaire permettant d'évaluer leurs besoins non satisfaits. Ils en ont construit les items en se basant sur une revue de la littérature sur ce sujet de recherche et sur l'analyse d'entretiens qualitatifs. L'outil se compose de 42 items (35 items de besoins non rencontrés, 6 items représentant des changements positifs et un item ouvert) et 5 facteurs liés aux besoins dans différents domaines : (1) les relations avec le conjoint malade (par rapport au risque de récurrence, à son corps, aux changements de vie), (2) l'information (sur la maladie du conjoint et sur des conseils utiles) (3) le conjoint (impact sur soi aux niveaux physique, professionnel, des déplacements, des responsabilités), (4) le soin (communication avec les soignants), (5) le soutien émotionnel (pour soi).

Tableau 5 : Échelles couramment utilisées pour mesurer le soutien social des patients cancéreux

<p><u>Outils généraux :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Social Support Questionnaire (Sarason et al., 1983)</b> : se compose de 12 items et permet d'évaluer la disponibilité et la satisfaction du soutien social perçu. Validation en langue française : Rasclé et al. (1997).</li> <li>◆ <b>Medical Outcomes Study - Social Support Survey (Sherbourne et Stewart, 1991)</b> : comporte 20 items et 4 échelles (soutien émotionnel/informatif ; soutien instrumental ; soutien affectif ; interactions sociales positives). Version canadienne (Anderson et al., 2005).</li> <li>◆ <b>Inventory of Socially Supportive Behaviors (Barrera et al., 1981)</b> : se compose de 40 items et permet d'évaluer quatre types de soutien reçu (soutiens émotionnel, instrumental, informatif et intégratif) pour finalement obtenir un score global.</li> <li>◆ <b>Unsupportive Social Interactions Inventory (Ingram, 2001)</b> : Ce questionnaire cible essentiellement les interactions sociales négatives : la distance, la critique, la minimisation et la maladresse.</li> </ul> <p><u>Outils destinés aux patients :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet et al., 1988)</b> : permet d'évaluer le soutien social perçu. Il comporte 12 items et 3 sous-échelles à compléter selon la source de soutien (famille, ami, autrui significatif).</li> <li>◆ <b>UCLA Social Support Inventory (Schwartz et al., 1994)</b> : Permet d'évaluer en 24 items des comportements de soutien de la part de la famille, du partenaire, des amis et du groupe ou de la communauté.</li> <li>◆ <b>Social Support Questionnaire (Northouse, 1988)</b> : Permet d'évaluer le soutien social perçu par des patients atteints de cancer. Les sujets répondent à chacun des huit items du questionnaire selon 5 sources de soutien différentes : conjoint, famille, amis, infirmière, médecin.</li> <li>◆ <b>Cancer Patient Needs Questionnaire (Foot et Sanson-Fisher, 1995)</b> : questionnaire constitué de 52 questions sur les besoins des patients dans plusieurs domaines : information sur leur santé, issues psychologiques, soutien et soins apportés au patient, issues physiques et de la vie quotidienne, communication interpersonnelle.</li> <li>◆ <b>Cancer Survivors' Unmet Needs measure (Hodgkinson et al., 2007b)</b> : ce questionnaire permet entre autres d'évaluer les besoins des patients cancéreux en terme de soutien. Il se compose de 35 items et autorise l'évaluation de 5 domaines différents.</li> <li>◆ <b>Self Assessed Support Needs of women with breast cancer Scale (Lindop et Cannon, 2001)</b> : Cet outil permet d'évaluer les besoins spécifiques des patientes atteintes d'un cancer du sein.</li> <li>◆ <b>Perceived Negative Spouse Behaviors Scale (Manne et al., 1997)</b> : Cet outil permet d'évaluer les comportements négatifs des conjoints : la critique et l'évitement.</li> <li>◆ <b>Partner Responses to Cancer Inventory (Manne et Schnoll, 2001)</b> : 48 items et 4 facteurs : le soutien émotionnel et instrumental, le soutien informatif, encourager la prise de distance et l'auto-restriction, la critique et le repli.</li> </ul> <p><u>Outils destinés aux conjoints :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Cancer Survivors' Partner Unmet Needs measure (Hodgkinson et al., 2007c)</b> : ce questionnaire permet d'évaluer les besoins des conjoints de patients cancéreux en terme de soutien. Il se compose de 35 items + 7 et permet l'évaluation de plusieurs domaines (les relations avec le conjoint malade, l'information, le conjoint lui-même, le soin, et le soutien émotionnel).</li> </ul>
---

#### 2.1.2.4. Conclusion sur les mesures de soutien social utilisées en cancérologie

Nous voyons donc qu'il existe une multitude de questionnaires permettant de mesurer le soutien social. Malgré tout, la plupart présente des limites. Les questionnaires génériques ne permettent d'évaluer que certaines dimensions du soutien social. De plus, la validité de construit des échelles de soutien reçu est incertaine puisque ce que l'on mesure n'est pas du soutien reçu au sens strict mais ce que l'individu pense recevoir (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Certains auteurs ont également démontré que la dimension négative du soutien social pouvait avoir un impact non négligeable sur le bien-être des personnes (Ingram, 2001 ; Manne et al., 1997). Toutefois, cette dimension est évaluée de façon isolée. Il serait intéressant de l'intégrer aux outils comme un type de soutien au même titre que les formes de soutien positives comme le soutien émotionnel ou le soutien instrumental.

En ce qui concerne les mesures spécifiques à la pathologie cancéreuse, elles portent bien souvent sur les besoins des patients, plus que sur le soutien reçu ou le soutien social perçu. Ces dimensions sont pourtant essentielles et propres aux patients atteints de pathologies chroniques.

En outre, parmi l'ensemble des questionnaires présentés précédemment, seul le SSQ (Sarason et al., 1987) et le MOS-SSS sont validés en langue française (Rascle et al., 1997 et 2005 ; Anderson et al., 2005).

Il nous semble donc encore nécessaire de développer un outil spécifique à cette pathologie qui prendrait en compte les différents types de soutien reçu ou perçu par les patients (positifs et négatifs), ainsi que les sources de soutien, comme la famille, le conjoint, les amis, mais aussi les professionnels de santé qui jouent un rôle considérable auprès des patients et de leur entourage.

## **2.2. Le rôle du soutien social dans le vécu du cancer**

### 2.2.1. L'impact du soutien social sur la qualité de vie et la détresse émotionnelle des patientes

Nombreuses sont les études qui ont permis de conclure à l'effet bénéfique du soutien social sur la santé physique et mentale de patientes atteintes d'un cancer du sein.

### 2.2.1.1. Les besoins de soutien des patientes et leur satisfaction

Il nous semble important, dans un premier temps, de décrire les besoins des patientes en terme de soutien social.

Face au sentiment d'incertitude que génère un diagnostic de cancer, les patients expriment de nombreux besoins : tout d'abord comprendre ce qu'ils vont avoir à affronter, mais aussi être épaulés et rassurés devant cet événement de vie menaçant (Dunkel-Schetter et Wortman, 1982). Leurs besoins en terme de soutien émotionnel et d'interactions augmentent considérablement (Hoskins, 1995b). Ces besoins diffèrent selon les sources de soutien : les patientes atteintes d'un cancer du sein attendent un soutien empathique de la part de l'ensemble des personnes de leur réseau, mais le soutien informatif est davantage bienvenu s'il est apporté par les professionnels de la santé que s'il provient de la famille ou des amis (Neuling et Winefield, 1988).

Les désirs des patientes atteintes d'un cancer du sein en terme de soutien ne sont pas toujours très clairs. Parmi les 31 patientes ayant participé à l'étude de Chantler, Podbilewicz-Schuller et Mortimer (2005), toutes décrivent une difficulté à faire la balance entre vouloir du soutien et souhaiter être traitée normalement.

Il est toutefois important que ces besoins soient satisfaits car plus les patients rapportent de besoins en terme de soutien, plus ils rapportent des niveaux élevés de détresse, ainsi que leur conjoint s'ils vivent en couple (Hodgkinson et al., 2007a). L'adéquation entre le soutien voulu et le soutien reçu est donc essentielle (Reynolds et Perrin, 2004) : elle est associée à un bon ajustement des patientes traitées pour un cancer du sein, tandis que recevoir un soutien non désiré est associé à un mauvais ajustement psychosocial.

Hodgkinson et al. (2007b) se sont justement intéressés aux besoins des patientes en terme de soutien et à la satisfaction de ces besoins. Ils ont intégré à leur étude 170 patientes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein entre deux et dix ans plus tôt. 2/3 des patientes disent que certains de leurs besoins en terme de soutien social n'ont pas été comblés. Un quart des patientes disent que leurs besoins d'information n'ont pas été satisfaits, mais, le plus souvent, ces besoins sont inhérents à la période de rémission. Ces résultats ont été confirmés par de nombreux travaux (Landmark, Strandmark et Wahl, 2002 ; Vivar et McQueen, 2005 ; Erci et Karabulut, 2007). Ceux de Cappelletto, Cunningham, Knobf et Erdos (2007) ont consisté à interroger 20 patientes en moyenne deux ans après leurs traitements pour un cancer du sein sur leurs besoins éventuels à distance de ces traitements. Les patientes réclament essentiellement du soutien

informatif concernant les effets persistants des traitements, les éventuels symptômes de la détresse émotionnelle et les changements de style de vie. En effet, 45% d'entre elles disent ne pas avoir reçu d'information sur la transition phase de traitement / rémission.

A l'origine des travaux sur l'adéquation entre soutien voulu et reçu, Peters-Golden (1982) a intégré à son étude 100 femmes atteintes d'un cancer du sein. Les patientes se plaignent de recevoir un soutien inadéquat. Cela viendrait du fait que les gens pensent que le plus difficile est de perdre un sein plutôt que de recevoir un diagnostic de cancer. Selon Dunkel-Schetter et Wortman (1982), les attitudes des autres face aux patients cancéreux seraient influencées par deux facteurs : par un ensemble de sentiments et attitudes ambivalentes à l'égard du patient et par des représentations ou croyances concernant la manière dont on doit se comporter face à un malade (norme sociale). De nombreuses personnes pensent qu'il est inapproprié de parler de la maladie à un patient car cela pourrait entraîner des symptômes dépressifs.

Toutefois, la vision du cancer dans la société, et notamment du cancer du sein, semble avoir évolué et la plupart des patientes rapportent aujourd'hui un taux de satisfaction élevé quant au soutien reçu. Et ceci est d'autant plus important que les patientes satisfaites de leur soutien social s'ajustent mieux à leur cancer quel qu'en soit le stade (Hoskins et al., 1996a ; Andrykowski et Cordova, 1998 ; Neuling et Winefield, 1988 ; Friedman, Kalidas, Elledge, Chang, Romero, Husain, Dulay et Liscum, 2006).

Nous venons d'étudier les besoins des patientes en terme de soutien social, ainsi que l'adéquation entre soutien voulu et soutien reçu. L'évolution dans le temps de ces besoins a également été abordée. Qu'en est-il de l'évolution des ressources sociales des patientes au fur et à mesure de la prise en charge ?

#### 2.2.1.2. Evolution temporelle du soutien social

Jusqu'à présent, la grande majorité des recherches a permis de démontrer que le soutien social perçu diminue progressivement de la période diagnostique à la période post-thérapeutique (Neuling et Winefield, 1988 ; Northouse, 1998 ; Arora, Finney Rutten, Gustafson, Moser et Hawkins, 2007 ; Makabe et Nomizu, 2007 ; Den Oudsten, Van Heck, Van Der Steeg, Roukema et De Vries, 2010) que ce soit en terme de disponibilité perçue, de fréquence ou de satisfaction.

Alferi, Carver, Antoni, Weiss et Durán (2001) ont mené une étude longitudinale d'une année sur l'évolution des types de soutien social selon les sources de soutien, auprès de 51 patientes opérées d'un cancer du sein. Ils ont montré que le soutien instrumental du conjoint et le soutien émotionnel et instrumental de la famille augmentent après le traitement chirurgical et restent stables ensuite. Concernant le soutien prodigué par les amis, le soutien émotionnel continue à augmenter, tandis que le soutien instrumental diminue dans les trois mois suivant la chirurgie. Si les résultats de cette étude ne vont pas dans le sens des recherches précédentes, il est important de noter que les auteurs n'ont pas seulement pris en compte des dimensions générales du soutien, mais bien les sources et les types de soutien. De plus, le suivi ne dure qu'une année et il pourrait être intéressant d'évaluer l'évolution des différents types de soutien sur une durée plus longue.

#### 2.2.1.3. Quantité et disponibilité du soutien social

Certains chercheurs se sont plutôt intéressés à d'autres dimensions du soutien : à savoir le réseau ou encore la quantité et la disponibilité perçues du soutien social.

Selon Feather et Wainstock (1989), le nombre moyen de personnes constituant le réseau social de patientes opérées par mastectomie (N=613) dans les deux années précédentes est de 8,1. 57% sont des membres de la famille et 27% des amis.

Les patientes rapportent des scores élevés de soutien social à tous les temps de la maladie (Dunkel-Schetter, 1984 ; Koopman et al., 2001 ; Kornblith et al., 2001). Néanmoins, l'évaluation du soutien social est fortement soumise au biais de désirabilité sociale. Certains chercheurs ont même démontré que la relation entre un soutien social perçu élevé et des niveaux importants de détresse émotionnelle devient nulle dès lors que la désirabilité sociale des patientes est contrôlée (Roberts, Cox, Shannon et Wells, 1994). Kornblith et al. (2001), ont également montré que des niveaux de soutien social très élevés sont nécessaires pour réduire la détresse émotionnelle des patientes.

Selon Dunkel-Schetter (1984), le soutien social n'est bénéfique que dans le cas de cancers de bon pronostic. En effet, la grande majorité des études sur le cancer du sein a permis de démontrer que le fait de bénéficier d'un soutien social élevé est lié à un bon ajustement (Jamison, Wellisch et Pasnau, 1978 ; Funch et Mettlin, 1982 ; Northouse, 1988 ; Taylor et Dakof, 1988 ; Rodrigue, Behen et Tumlin 1994 ; Hoskins, 1995a ;

Hoskins et al., 1996a ; Koopman, Hermanson, Diamond, Angell et Spiegel, 1998 ; Nosarti, Roberts, Crayford, McKenzie et David, 2002 ; Holland et Holahan, 2003 ; Lee, Yae Chung, Boog Park et Hong Chun, 2004 ; Nausheen et Kamal, 2007 ; Makabe et Nomizu, 2007) et une bonne qualité de vie (Sammarco, 2001 ; Manning-Walsh, 2005 ; Shim, Mehnert, Koyama, Cho, Inui, Paik et Koch, 2006 ; Ogce, Ozkan et Baltalarli, 2007 ; Filazoglu et Griva, 2008 ; Sammarco et Konecny, 2008). Seuls Palesh, Shaffer, Larson, Edsall, Chen, Koopman, Turner-Cobb, Kreshka, Graddy et Parsons (2006) ne sont pas parvenus à trouver de relation significative entre le soutien social rapporté par 82 patientes et de potentiels troubles de l'humeur chez ces dernières.

Lepore, Glaser et Roberts (2008) ont mené une étude très intéressante dans laquelle ils ont démontré que la relation entre des niveaux élevés de soutien social trois mois après le diagnostic et une détresse importante 18 mois après le diagnostic serait médiatisée par l'estime de soi. Recevoir du soutien signifierait pour les patientes qu'elles n'arrivent pas à gérer leur maladie seules. Les auteurs posent donc la question de la réciprocité dans le soutien : s'il existe une réciprocité dans ce soutien, la détresse diminue-t-elle ? Les résultats de Makabe et Nomizu (2007) vont effectivement dans ce sens : un niveau de réciprocité élevé dans les relations interpersonnelles est associé à un meilleur ajustement psychologique.

#### 2.2.1.4. Les types de soutien

Les recherches ont montré que les besoins des femmes en terme de soutien social augmentaient lorsqu'elles étaient confrontées au cancer du sein. La satisfaction de ces besoins ainsi qu'une disponibilité perçue élevée sont associés à un bon ajustement des patientes. Il est temps à présent d'étudier l'impact des différents types de soutien sur la détresse émotionnelle et la qualité de vie des patientes.

Pour 81% des patients de l'échantillon de Dunkel-Schetter (1984), c'est le soutien émotionnel qui apporte le plus d'aide. Mais pour 41% d'entre eux, le soutien informatif représente aussi un des types de soutien les plus aidants.

Nous étudierons dans un premier temps l'impact du soutien émotionnel sur l'ajustement des patientes. Neuling et Winefield (1988) ont montré que les patientes satisfaites du soutien émotionnel qui leur est apporté rapportent des niveaux faibles de détresse psychologique. Ces résultats ont été confirmés par d'autres études (Hoskins et

al., 1996a ; Bloom, Stewart, Johnston, Banks et Fobair, 2001 ; Alferi et al., 2001 ; Trunzo et Pinto, 2003). Selon Arora et al. (2007) des niveaux élevés de soutien émotionnel sont également associés à une meilleure qualité de vie et une auto-efficacité plus importante.

Le soutien émotionnel peut donc agir directement sur le bien-être des patientes. Il agirait aussi de façon indirecte par l'intermédiaire de stratégies de coping (Bloom, 1982), comme par exemple l'esprit combatif (Trunzo et Pinto, 2003) qui prédit lui-même un bon ajustement psychologique.

Nous avons vu plus haut que le soutien informatif fait partie des types de soutien dont les patientes disent avoir le plus besoin.

Neuling et Winefield (1988) ont trouvé que le soutien informatif fourni par, et seulement par, le personnel soignant entraîne des niveaux d'anxiété et de dépression moindres un mois après l'intervention chirurgicale. Marcus, Garrett, Cella, Wenzel, Brady, Crane, McClatchey, Klushman et Pate-Willing (1998) ont obtenu ces mêmes résultats.

Helgeson, Cohen, Schultz et Yasko (1999) ont réparti 312 patientes ayant un cancer du sein en 4 groupes : (groupe contrôle ; groupe avec soutien informatif ; groupe de parole ; groupe de parole + soutien informatif). Les patientes ayant profité de l'intervention informative ont une meilleure estime de soi, une meilleure image du corps et moins de pensées intrusives à propos du cancer.

Arora et al. (2007) ont étudié l'impact du soutien informatif reçu à sept mois du diagnostic. Des niveaux élevés de ce type de soutien sont associés à une meilleure qualité de vie, ce qui montre bien l'intérêt d'informer les patientes tout au long de la prise en charge et lors des consultations de surveillance.

Nous pouvons donc conclure, d'après ces résultats, que le soutien informatif est bénéfique aux patientes. Il prédit un bon ajustement au cancer du sein.

Le soutien instrumental a été beaucoup moins étudié. Alferi et al. (2001) ont montré que, comme tout autre type de soutien positif, le soutien instrumental apporté par le mari en période pré-opératoire est associé à une détresse moindre après la chirurgie.

Un autre type de soutien nous paraît important à prendre en compte : le soutien négatif.

44% des patients sont capables de rapporter des exemples de soutien négatif. Il s'agit la plupart du temps d'un manque de soutien informatif de la part des professionnels de santé, d'un soutien informatif non souhaité venant de la famille ou des amis, ou encore de maladresses de la part de certains amis (Dunkel-Schetter, 1984).

Fergus et Gray (2009) se sont intéressés plus particulièrement au soutien négatif du conjoint. Un partenaire qui impose des solutions, ne contient pas sa colère, ne tend pas la main à sa compagne ou ne la priorise pas, risque de compromettre l'ajustement du couple à la maladie.

Cette analyse des différents types de soutien nous montre l'importance des soutiens émotionnel et informatif pour le bon ajustement des patientes à leur maladie. Jusqu'à ce jour, le soutien négatif reçu par les patientes a été peu étudié. Il est pourtant régulièrement rencontré et n'est pas sans effet délétère.

Nous allons voir à présent quelles sont les sources de soutien des patientes atteintes d'un cancer du sein, et leur impact sur l'adaptation de ces dernières.

#### 2.2.1.5. Les sources de soutien

Dans une étude menée auprès de 246 femmes ayant récemment reçu un diagnostic de cancer du sein, 85% des patientes disent recevoir du soutien émotionnel de la part de leur famille, 80% de la part de leurs amis, et 67% de la part des professionnels de santé (Arora et al., 2007). Dunkel-Schetter (1984), dans une étude auprès de 79 patients cancéreux (dont les trois quarts sont des femmes traitées pour un cancer du sein), ont montré que les sources de soutien les plus importantes aux yeux des patients sont la famille (époux, enfants, sœurs) (34%), les professionnels de santé (30%), les amis (16%), les autres malades (9%) ou encore les collègues (6%). Nous voyons donc que les patientes reçoivent du soutien de la part de sources très variées. Toutefois les chercheurs ont surtout concentré leurs travaux autour de deux sources de soutien : le conjoint et les professionnels de santé.

#### 2.2.1.5.1. *Le soutien marital*

Le soutien marital semble être la première source de soutien des patients cancéreux vivant en couple : une étude belge a permis de montrer que lorsqu'on demande aux patients cancéreux de désigner la personne qui les a le plus aidés dans la gestion de la maladie, 57% désignent le conjoint (Libert, Merckaert, Etienne, Farvacques, Liénard et Messin, 2006). Harrow et al. (2008) ont interviewé 26 conjoints de patientes traitées pour un cancer du sein sur leur expérience d'aidants. Il ressort de ces entretiens que les conjoints font tout leur possible pour soutenir leur compagne dans cette épreuve et maintenir la stabilité dans leur couple. Ils tentent de minimiser l'impact du cancer du sein en apportant à leur compagne soutiens émotionnel et matériel et en se montrant positifs et soutenant alors que cela est parfois difficile pour eux. D'autres études ont permis de montrer que les conjoints apportent surtout du soutien instrumental comme s'occuper des enfants, des tâches ménagères ou des transports (Holmberg et al., 2001 ; Chantler et al., 2005).

Ces efforts de soutien de la part des conjoints sont reconnus par les patientes qui affirment que le type de soutien qu'elles reçoivent le plus est le soutien émotionnel apporté par le conjoint. A leurs yeux, celui-ci se manifeste par des niveaux élevés de dialogue et d'écoute, de l'optimisme par rapport aux traitements et une réassurance au niveau de l'engagement et de l'amour porté à la patiente (Sormanti et Kayser, 2000). Des niveaux élevés d'engagement du partenaire dans la relation prédisent un bon ajustement psychosexuel et marital et une détresse moindre pour les patientes (Wimberly, Carver, Laurenceau, Harris et Antoni, 2005). Selon Lugton (1997), le réseau social élargi apporte différents types de soutien dont les femmes ont besoin, mais les relations intimes sont primordiales. Elles permettent de maintenir des aspects importants de l'identité féminine, elles en font même partie intégrante.

Dans l'ensemble, les résultats des études vont dans le même sens : un soutien marital important est associé à un meilleur ajustement (Hoskins, 1995a ; Talley, Molix, Schlegel et Bettencourt, 2010 ; Julkunen, Gustavsson-Lilius et Hietanen, 2009). La satisfaction des patientes vis-à-vis du soutien prédit aussi un meilleur ajustement émotionnel. Hoskins et al. (1996a) ont montré que des scores élevés de satisfaction par rapport à la réponse du mari aux besoins de soutien émotionnel et d'interaction de la patiente prédisent un meilleur ajustement émotionnel de ces dernières. Plus

précisément, des niveaux élevés de satisfaction du soutien apporté par le partenaire sont associés à des niveaux élevés de mutualité<sup>6</sup> dans le couple, eux-mêmes généralement corrélés à des niveaux élevés de satisfaction maritale (Genero et al., 1992) et des niveaux faibles de dépression (Sormanti et Kayser, 2000). Dans l'étude de Sormanti et Kayser (2000), menée auprès de 49 patientes cancéreuses (dont 40% ont un cancer du sein), un peu plus de la moitié de l'échantillon affirme que le soutien apporté par le conjoint est adéquat, mais une bonne part souhaiterait tout de même un peu plus de soutien.

Certains travaux ont démontré que le soutien marital pouvait parfois être inadéquat. Pistrang, Barker et Rutter (1997) ont mis trois couples en situation de conversation de façon à observer les intentions de soutien des deux partenaires au cours de cette communication et à comprendre pourquoi ces intentions de soutien fonctionnent ou non. Les réponses non aidantes se caractérisent par un manque d'empathie et un changement de sujet ou d'orientation en cours de conversation (y compris les tentatives pour éclairer la conversation). Selon Clifford, Clifford et Georgiade (1980) les conjoints auraient une faible capacité d'écoute et ne communiqueraient pas de façon efficace. Or, les comportements négatifs du conjoint sont associés à la détresse des patientes (Manne, Ostroff, Sherman, Glassman, Ross, Goldstein et Fox, 2003).

Nous voyons donc que le soutien marital est essentiel pour les patientes qui vivent en couple, encore faut-il qu'il corresponde aux attentes de ces dernières.

#### 2.2.1.5.2. *Le soutien apporté par les professionnels de santé*

La seconde source de soutien qui a inspiré les chercheurs correspond aux professionnels de santé. 84% des patientes de l'étude d'Arora et al. (2007) disent avoir reçu du soutien informatif de leur part. Or, les informations médicales, lorsqu'elles sont apportées par les professionnels de santé sont très aidantes (Silliman, Dukes, Sullivan et Kaplan, 1998) et elles procurent réconfort et sentiment de contrôle (Chantler et al., 2005).

---

<sup>6</sup> La mutualité se définit comme un mouvement bidirectionnel des sentiments, pensées et actions entre deux personnes dans une relation (Genero, Miller, Surrey et Baldwin, 1992). Elle se caractérise par des niveaux élevés d'empathie, d'engagement, d'authenticité ou encore d'enthousiasme.

Maintenant que nous avons présenté les différents types, sources et dimensions du soutien social et leur impact sur l'ajustement des patientes, il peut-être intéressant de connaître les principaux prédicteurs de ce soutien social.

#### 2.2.1.6. Les prédicteurs du soutien social

##### 2.2.1.6.1. *Les variables sociodémographiques et biomédicales*

L'âge des patientes a un impact sur leurs besoins : les femmes jeunes disent avoir plus besoin de soutien que les patientes âgées (Feather et Wainstock, 1989 ; Thewes, Butow, Girgis et Pendlebury, 2004), ceci étant souvent lié à la vie active et à la présence d'enfants dans le foyer. Pourtant, alors que la taille du réseau de soutien diminue avec l'âge, ce sont les personnes âgées qui recevraient le plus de soutien (Feather et Wainstock, 1989). Mais des différences semblent exister d'une culture à l'autre. Ainsi, les femmes jeunes au Pakistan disent recevoir plus de soutien que les plus âgées (Nausheen et Kamal, 2007).

Le statut marital influence également le soutien reçu par les patientes. Les femmes seules et divorcées reçoivent moins d'aide et de soutien émotionnel que les femmes mariées (Feather et Wainstock, 1989 ; Sammarco et Konecny, 2008) ou veuves (Feather et Wainstock, 1989) et cela a bien sûr un impact négatif sur leur ajustement à la maladie (Holmberg et al., 2001). Cela démontre à nouveau l'importance du soutien marital dans l'ajustement des patientes à leur maladie.

Le niveau d'éducation et le statut professionnel semblent également avoir un impact sur le soutien social rapporté par les patientes. Présenter un faible niveau d'éducation serait associé à des niveaux plus importants de soutien social (Feather et Wainstock, 1989). Au niveau professionnel, avoir un travail deux ans après le diagnostic prédit des scores faibles de satisfaction du soutien social (Den Oudsten et al., 2010). Les auteurs expliquent ce résultat par le fait que le soutien n'est plus le même lorsque les patientes reprennent leur travail et donc une « vie normale » du point de vue des personnes qui l'entourent.

Au niveau biomédical, Den Oudsten et al. (2010) ont constaté que la fatigue prédit aussi des scores faibles de disponibilité et de satisfaction du soutien social.

#### 2.2.1.6.2. *Les traits de personnalité*

Autres variables influençant le soutien des patientes atteintes d'un cancer du sein : les traits de personnalité. Les patientes qui communiquent peu leurs émotions aux autres reçoivent moins de soutien social et rapportent plus d'interactions de soutien négatives (Figueiredo, Fries et Ingram, 2004), ce qui montre bien l'intérêt d'encourager la communication auprès des patientes atteintes d'un cancer du sein. L'anxiété-trait a également un impact délétère sur le soutien : elle prédit une faible satisfaction du soutien social (Den Oudsten et al., 2010). A l'opposé, l'optimisme est associé positivement au soutien social (Matthews et Cook, 2009).

Il semblerait donc que l'ouverture aux autres et l'optimisme favorisent la mobilisation de l'entourage plus ou moins proche, tandis que le repli sur soi et le pessimisme n'encouragent pas autrui à apporter du soutien, entraînant des niveaux faibles de satisfaction mais aussi du soutien négatif.

#### 2.2.1.6.3. *La détresse émotionnelle*

Nous avons étudié précédemment l'impact du soutien social sur l'ajustement des patientes, y compris leurs niveaux de détresse émotionnelle. Il semblerait que la détresse ressentie par les patientes influence aussi en retour le soutien qu'elles reçoivent.

De façon générale, les chercheurs ont toujours trouvé un lien négatif entre la détresse émotionnelle et le soutien social. Seule l'étude de Lepore et al. (2008) a permis de démontrer que la détresse émotionnelle des patientes évaluée à trois mois du diagnostic entraînait un surcroît de soutien social. Cependant, ces résultats étaient marginaux ( $p=0,052$ ).

Dans l'étude de Hodgkinson et al. (2007b), les patientes anxieuses ou dépressives se plaignent de deux à trois fois plus que leurs besoins de soutien n'aient pas été satisfaits comparées aux autres patientes. Elles rapportent également des niveaux faibles de soutien émotionnel et instrumental de la part de leur mari (Talley et al., 2010). Les couples dont l'un des deux membres est atteint d'un cancer, qui rapportent des niveaux de détresse psychologique élevés, ont des niveaux faibles de perception du soutien familial (Baider, Ever-Hadani, Goldzweig, Wygoda, Peretz, 2003). La perception du soutien reçu dépend donc des niveaux de détresse psychologique. Mais cet impact de la

détresse n'existe-t-il que sur le soutien perçu, suggérant une distorsion de la réalité par les patientes anxieuses ou dépressives, ou également sur le soutien effectivement reçu ? L'étude d'Alferi et al. (2001) permet d'éclairer cette question. Ils ont intégré à leur recherche 51 femmes traitées pour un cancer du sein et ont évalué leur détresse émotionnelle et leurs sources et types de soutien à différents moments de la prise en charge (avant et après le traitement chirurgical puis 3, 6 et 12 mois après la chirurgie). Ils démontrent que des niveaux élevés de détresse émotionnelle prédisent une certaine forme d'érosion du soutien, et plus précisément du soutien instrumental prodigué par les femmes de la famille. Cette érosion du soutien face aux sentiments dépressifs des patientes avait déjà été décrite par Bolger, Vinokur, Foster et Ng (1996).

La détresse du partenaire influence également la perception du soutien des patientes. En effet, plus les patientes perçoivent que leur conjoint a su s'adapter à la maladie, plus elles rapportent des scores élevés de soutien social perçu (Brusilovskiy, Mitstifer et Salzer, 2009).

Nous avons vu que le soutien social a un impact direct sur l'ajustement des patientes. Il est aussi influencé lui-même par certaines variables. Il peut donc se trouver dans une position intermédiaire de modérateur ou de médiateur. C'est ce que nous allons voir dans le paragraphe suivant.

#### 2.2.1.7. Effets d'interaction et rôles médiateur et modérateur du soutien social

##### 2.2.1.7.1. Définitions

Il convient ici de définir ce que l'on entend par effet d'interaction ou encore variables médiatrice et modératrice.

Un effet d'interaction est présent lorsque l'effet d'un facteur dépend de la valeur d'un autre.

La définition des variables modératrice et médiatrice est plus complexe. Rascle et Irachabal (2001) ont publié un article en langue française qui résume très clairement ce que sont ces deux processus.

• *Un médiateur est un processus à travers lequel la variable indépendante (VI) est susceptible d'influencer la variable dépendante (VD). La VI est à l'origine du déclenchement de l'action d'un médiateur ou de son intensité, qui lui-même influence la VD. La variable médiatrice amplifie la relation entre le prédicteur (VI) et le critère (VD). Un effet médiateur se schématise de la façon présentée dans la figure 3.*

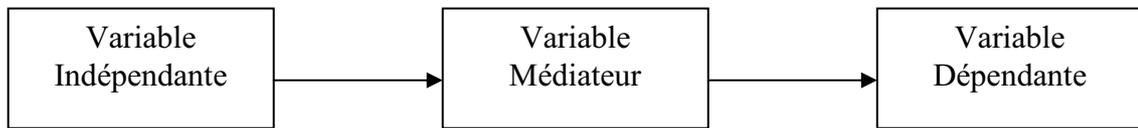


Figure 3 : Effet médiateur (Rascle et Irachabal, 2001, p.100)

• *Un modérateur est plutôt une variable de nature qualitative (sexe, race, contexte...) ou quantitative (niveau de revenu) affectant la direction ou l'intensité de la relation entre la variable indépendante (VI) et la variable dépendante (VD). Un effet modérateur se schématise de la façon présentée dans la figure 4.*

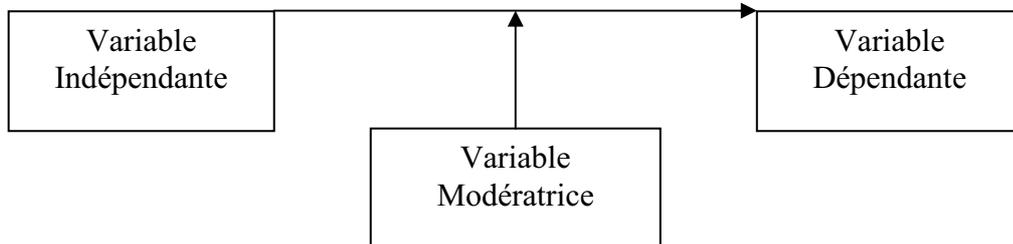


Figure 4 : Effet modérateur (Rascle et Irachabal, 2001, p.99)

Les principales différences entre ces deux processus sont résumées dans le tableau suivant (Tableau 6).

Tableau 6 : Principales différences entre les variables médiatrices et modératrices selon Rascle et Irachabal (2001)

Médiateur	Modérateur
<ul style="list-style-type: none"> <li>• modèle transactionnel</li> <li>• intérêt exploratoire</li> <li>• le médiateur doit être corrélé au prédicteur</li> <li>• exemple de variables médiatrices : stress perçu, contrôle perçu, coping</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• modèle interactionniste</li> <li>• intérêt descriptif</li> <li>• le modérateur ne doit pas nécessairement être corrélé au prédicteur</li> <li>• exemple de variables modératrices : affectivité négative, lieu de contrôle, soutien social</li> </ul>

#### 2.2.1.7.2. Description dans le cas de cancers du sein

Il existerait un effet d'interaction des troubles de l'humeur et du soutien social sur les symptômes liés au cancer du sein et ses traitements (nausées, douleurs, appétit, sommeil, fatigue...) : les troubles de l'humeur sont associés à des symptômes plus marqués d'autant plus que le niveau de soutien social est bas ou moyen (Lee et al., 2004).

Certains auteurs ont mis en évidence un effet modérateur du soutien social.

Ainsi le soutien social perçu modère-t-il la relation entre les pensées intrusives des patientes et leur qualité de vie : lorsque le soutien social est perçu comme faible, la relation entre les pensées intrusives et la qualité de vie est significative et négative. Pour les patientes rapportant un soutien social perçu comme élevé, les pensées intrusives ne sont plus significativement liées à la qualité de vie (Lewis, Manne, DuHamel, Vickburg, Bovbjerg, Currie, Winkel et Redd, 2001).

Manne et al. (2003) ont étudié le rôle modérateur du soutien de la famille et des amis sur la relation entre un comportement « non soutenant » du mari et l'efficacité des stratégies d'ajustement des patientes. Pour les patientes recevant peu de soutien social, les comportements négatifs du conjoint sont associés à de l'évitement et une faible efficacité perçue des stratégies d'ajustement ; tandis que pour les patientes recevant un soutien social perçu élevé, ces comportements négatifs ne sont pas associés à l'efficacité perçue des stratégies d'ajustement des patientes.

Le soutien social aurait donc également pour fonction d'atténuer, de modérer l'impact délétère des pensées intrusives ou des comportements négatifs des conjoints sur l'ajustement des patientes.

Des études ont aussi permis de mettre en évidence des effets médiateurs du soutien social.

Julkunen et al. (2009) ont par exemple montré que le soutien marital médiate la relation entre l'expression de la colère et la qualité de vie : le contrôle de la colère (à ne pas confondre avec l'inhibition de la colère) améliore le soutien marital qui, à son tour, a un impact favorable sur la qualité de vie physique et mentale (Julkunen et al., 2009).

Trunzo et Pinto (2003) ont, eux, mené une étude auprès de 69 femmes atteintes d'un cancer du sein. Ils sont arrivés à la conclusion selon laquelle le soutien social médiate la relation entre optimisme et détresse. Selon eux, les personnes optimistes sont plus agréables et reçoivent donc plus de soutien, ce qui permet de diminuer leur détresse.

Matthews et Cook (2009) n'ont pas réussi à retrouver ce résultat. En revanche,

Manning-Walsh (2005) a démontré que le soutien social médiatise partiellement les effets de la détresse liée aux symptômes (nausées, problèmes de sommeil, douleur, fatigue, etc.) sur la qualité de vie.

#### 2.2.1.8. Conclusion

Il semblerait donc que le soutien social soit associé à un bon ajustement au cancer du sein. Notre revue de la littérature nous a permis de voir que les patientes recevaient beaucoup de soutien, mais que ce sont la satisfaction ou l'adéquation entre les besoins des patientes et le soutien effectivement reçu qui importent le plus.

Soutiens émotionnel, informatif et marital sont de bons prédicteurs de la qualité de vie et de l'ajustement psychologique des patientes. La nature du soutien social est donc à prendre en compte. Son origine aussi : le soutien informatif ne semble efficace que lorsqu'il provient du corps médical (Neuling et Winefield, 1988 ; Marcus et al., 1998).

Nous avons également vu que le soutien social était dépendant de certains facteurs. Ainsi a-t-il un impact sur la détresse, mais la détresse influence-t-elle aussi le soutien social. Les sujets procèderaient donc à des réévaluations constantes, aussi nommées boucles de rétroaction (Lazarus et Folkman, 1984). Cela doit encourager les chercheurs à mener des études avec des évaluations longitudinales car l'ajustement des patientes est en constante évolution.

Une petite proportion des recherches portant sur le soutien social et le cancer du sein a été consacrée au soutien des conjoints de patientes atteintes d'un cancer du sein. Nous allons en présenter les principaux résultats dans le paragraphe suivant.

### 2.2.2. L'impact du soutien social sur la qualité de vie et la détresse émotionnelle des partenaires

#### 2.2.2.1. Les besoins des partenaires en terme de soutien social

De nombreux chercheurs se sont donnés pour objectif de démontrer que les conjoints de patients cancéreux présentaient eux aussi des besoins importants de soutien social.

Il semblerait que les besoins de soutien des partenaires de patientes atteintes d'un cancer du sein soient stables dans le temps, tout en restant inférieurs aux besoins de leur compagne (Hodgkinson et al., 2007a). Or, plus les partenaires rapportent un besoin élevé de soutien (notamment des besoins non satisfaits), plus ils sont en détresse ainsi que leur compagne malade (Hodgkinson et al., 2007a). Cela montre bien l'importance de répondre à ces besoins.

Selon Reynaert et al. (2006), « *savoir son conjoint atteint d'un cancer est également un stress existentiel profond, marqué par des préoccupations concrètes concernant l'organisation familiale, les changements de rôles et de responsabilités, avec un tissu d'inquiétude financière et de choix de la bonne équipe médicale.* » En effet, face à la maladie de leur compagne, les conjoints se retrouvent devant une multitude de rôles à assumer : les leurs habituels et ceux que leur compagne n'arrive plus à tenir, comme s'occuper des enfants ou des tâches de la vie quotidienne (Woloski-Wruble et Kadmon, 2002 ; Mantani, Saeki, Inoue, Okamura, Daino, Kataoka et Yamawaki, 2007). Ce surcroît de tâches peut parfois entraîner des sentiments dépressifs et une sensation de fardeau<sup>7</sup> altérant leur qualité de vie (Cull, 1990 ; Foy et Rose, 2001 ; Wagner et al., 2006 ; Mantani et al., 2007 ; Fitch et Allard, 2007a). Cull (1990) puis Northouse, Cracchiolo-Caraway et Appel (1991) montrent qu'il est essentiel de soutenir les conjoints et de leur donner le soutien dont ils ont besoin pour maintenir leur rôle d'aidant auprès de leur compagne.

Léa Baider est un des premiers chercheurs à avoir mis l'accent sur le fait que la famille, et plus particulièrement les conjoints, ne peuvent pas être considérés exclusivement comme des aidants naturels des patients cancéreux. Ils sont des personnes à part entière ayant besoin de soutien (Baider, 1995). Selon Revenson (1994), les conjoints de patients atteints d'une maladie chronique occuperaient un rôle double : celui de premier aidant et celui d'un membre de la famille qui a également besoin de soutien pour gérer au mieux le stress représenté par la maladie de son ou sa partenaire. Effectivement, les conjoints de patientes atteintes d'un cancer du sein ont des besoins spécifiques. La maladie entraîne une augmentation des besoins émotionnels et d'interaction (Hoskins, 1995b). Ils réclament également du soutien informatif concernant les effets de la maladie et des traitements associés, ainsi que la manière dont ils doivent eux-mêmes soutenir leur compagne malade (Rees, Bath et Lloyd-Williams, 1998 ; Samms, 1999 ; Petrie, Logan

---

<sup>7</sup> La notion de fardeau a été définie par Zarit, Todd et Zarit (1986) comme l'ensemble des conséquences physiques, psychologiques, émotionnelles, sociales et financières supportées par les aidants. Cette notion comporte une composante objective, qui correspond à la fonction de l'aidant, comme la réalisation des tâches quotidiennes, le temps consacré à l'aide et le manque de temps pour les autres sphères de sa vie. Le fardeau inclut ensuite une composante subjective, liée au statut de l'aidant, à ses responsabilités et aux conséquences psychologiques, comme les affects dépressifs et la douleur de voir son proche changer.

et DeGrasse, 2001 ; Woloski-Wruble et Kadmon, 2002 ; Nikoletti, Kristjanson, Tataryn, McPhee et Burt, 2003 ; Kadmon, Ganz, Rom et Woloski-Wruble, 2008 ; Hoga, Mello et Dias, 2008). L'étude de Kilpatrick, Kristjanson, Tataryn et Fraser (1998) montre que les conjoints désignent deux types de besoin en priorité : les besoins liés aux soins immédiats pour leur compagne et ceux liés à la communication dans le couple.

Plus récemment, Fitch et Allard (2007b) ont exploré les besoins d'information de 15 conjoints de patientes atteintes d'un cancer du sein par le biais d'entretiens qualitatifs. Il ressort que les conjoints ont des questions et des inquiétudes régulières depuis le diagnostic, que le manque d'information entraîne des difficultés pour les partenaires (incertitudes, inquiétudes, frustrations...), et que les professionnels de santé pourraient répondre à ce besoin d'information en intégrant les conjoints aux consultations et à la décision des traitements. Schmid-Büdi et al. (2009) ont aussi démontré que le premier besoin des proches de patientes atteintes d'un cancer du sein est l'accès à l'information et à la communication avec les professionnels de santé.

Les besoins des conjoints des patients cancéreux peuvent être regroupés en cinq domaines différents (Hodgkinson et al., 2007c) :

- les relations avec le conjoint malade (par rapport au risque de récurrence, à son corps, aux changements de vie...),
- l'information sur la maladie du conjoint et la manière de le soutenir,
- le conjoint (impact sur soi aux niveaux physique, professionnel, des déplacements, des responsabilités),
- le soin (communication avec les soignants),
- le soutien émotionnel (pour soi).

Les travaux sur les conjoints ont permis de démontrer que le cancer du sein pouvait aussi être un poids pour ces derniers, notamment avec l'accumulation de nouvelles tâches à accomplir. Les besoins des partenaires en terme de soutien ont alors été pris en compte. Essentiellement émotionnels et informatifs, ces besoins sont centrés sur la relation de couple dans un contexte de maladie (soutien mutuel, soutien informatif sur la maladie et l'attitude à adopter) et ils apparaissent stables dans le temps. Toutefois, nous allons voir que le soutien reçu semble beaucoup moins régulier.

### 2.2.2.2. L'évolution temporelle du soutien social

Si, comme pour les patientes, les besoins de soutien des partenaires restent élevés tout au long de la prise en charge, le soutien social rapporté par les conjoints semble diminuer au fur et à mesure que le temps passe (Segrin et al., 2006). En réalité, ce serait surtout le soutien prodigué par les amis et les professionnels de santé (infirmiers et médecins) qui aurait tendance à s'estomper (Northouse, 1988).

### 2.2.2.3. Quantité et disponibilité du soutien social

Certains auteurs ont comparé le soutien reçu par les partenaires de patientes traitées pour un cancer du sein à celui reçu par d'autres groupes (conjoints de femmes en bonne santé, patientes atteintes d'un cancer du sein...). Bigatti et al. (*sous presse*) ont interrogé 78 conjoints de patientes atteintes d'un cancer du sein et 78 conjoints de femmes en bonne santé. Ils ne constatent pas de différence entre les deux groupes en terme de soutien social : les conjoints des patientes ne reçoivent donc pas plus de soutien, malgré l'événement de vie difficile auquel ils sont confrontés. Pourtant, les conjoints doivent faire face à des remaniements importants des relations au sein de leur réseau social : dans une étude intégrant 50 conjoints de patientes atteintes d'un cancer du sein, trois quarts d'entre eux témoignent de changements dans leurs relations. Plus d'un tiers rapportent également une baisse de la communication au sein de la famille (Kadmon et al., 2008).

Comparés à leur compagne malade, les conjoints de patientes atteintes d'un cancer du sein rapportent moins de besoins en terme de soutien (Hodgkinson et al., 2007a). Néanmoins, les besoins des uns sont corrélés positivement aux besoins des autres (Hodgkinson et al., 2007a). Toutefois, les conjoints reçoivent moins de soutien social que ces dernières (Northouse, 1988 ; Davis-Ali, Chesler et Chesney, 1993 ; Foy et Rose, 2001 ; Makabe et Nomizu, 2006), notamment moins de soutien informatif de la part des professionnels de santé (Petrie et al., 2001), mais cela s'explique par le fait que beaucoup travaillent et ne peuvent pas se rendre systématiquement aux consultations avec leur compagne malade.

Les conjoints reçoivent donc moins de soutien que leur compagne. Pourtant, leurs besoins sont importants et des niveaux élevés de soutien social sont généralement associés à un bon ajustement des conjoints à la maladie de leur partenaire. Northouse

(1988) a mené une étude auprès de 50 couples dont la femme a été opérée d'un cancer du sein par mastectomie. Les couples ont été interrogés à 3 puis 30 jours de la chirurgie. Les conjoints qui rapportent des scores de soutien social élevés présentent moins de difficultés d'ajustement aux deux temps de l'étude. Ces résultats ont été confirmés par la suite (Hoskins, 1995a ; Hoskins, Baker, Budin, Ekstrom, Maislin, Sherman, Steelman-Bohlander, Bookbinder et Knauer, 1996b ; Segrin et al., 2006 ; Wagner et al., 2006). L'étude de Bigatti et al. (*sous presse*) a également permis d'établir un lien entre des niveaux de soutien social faibles et un évitement et des symptômes dépressifs plus importants.

#### 2.2.2.4. Les sources de soutien

Tout comme les besoins et la quantité de soutien, les sources de soutien des conjoints sont souvent plus réduites que celles des patientes. En effet, les conjoints se sentent souvent isolés (Lethborg et al., 2003) car leur premier soutien était auparavant la patiente (Woloski-Wruble et Kadmon, 2002). Et nombre d'entre eux refusent de confier leurs émotions négatives à leur compagne qu'ils estiment avoir assez de soucis (Keitel et Kopala, 2000 ; Foy et Rose, 2001). Pourtant, le soutien marital est aussi important pour les conjoints que pour les patientes. Il est associé à un meilleur ajustement émotionnel (Hoskins, 1995a). De plus, les partenaires qui rapportent des scores faibles de soutien marital présentent un ajustement physique altéré à un an de la chirurgie (Hoskins et al., 1996b). De même, une attitude négative de la patiente, comme être trop absorbée par sa maladie, exagérer sa dépendance à l'autre ou bien, au contraire refuser complètement le cancer, entraîne pour le couple des difficultés d'ajustement à la maladie (Fergus et Gray, 2009).

Le soutien de la famille paraît également nécessaire. En effet, un soutien familial perçu comme faible est associé à des niveaux de détresse importants pour les deux membres du couple (Baider et al., 2003).

Enfin, les professionnels de santé peuvent être une source de soutien informatif indispensable au bon ajustement des conjoints de patientes atteintes d'un cancer du sein. Selon Rees et al. (1998), ils seraient leur principale source de soutien. La transmission d'information se faisant généralement au cours des consultations médicales, il est primordial pour les partenaires d'être présents à ces rendez-vous.

#### 2.2.2.5. Les variables prédictives du soutien perçu par les conjoints

Certaines variables prédictives du soutien des conjoints ont été mises en avant. Le fait d'avoir des enfants encore à charge en fait partie. Effectivement, les besoins d'information sont plus importants lorsque le couple a des enfants de moins de vingt ans (Nikoletti et al., 2003).

Nous avons vu plus haut que la détresse émotionnelle influence le soutien des patientes, elle semble également influencer le soutien des conjoints, mais dans le sens inverse. Ainsi, le réseau social apporterait-il un meilleur soutien lorsque les partenaires sont en détresse (Segrin et al., 2006).

#### 2.2.2.6. Conclusion

Les études sur les conjoints de femmes atteintes d'un cancer du sein ont donc permis de mettre l'accent sur les besoins de ces derniers et plus spécifiquement leurs besoins en terme de soutiens émotionnel et informatif. La patiente elle-même peut soutenir son partenaire en instaurant un soutien mutuel et en facilitant la communication, d'autant qu'un conjoint qui exprime sa détresse semble recevoir plus de soutien (Segrin et al., 2006). Les professionnels de santé ont aussi tout intérêt à intégrer les conjoints à leurs consultations médicales.

Il semble important de répondre à ces besoins même au-delà de la durée des traitements, d'autant plus que la quantité et la satisfaction du soutien social sont associés à un meilleur ajustement des partenaires au cancer du sein.

Maintenant que nous avons étudié le soutien perçu et reçu des patientes et de leurs partenaires, il nous paraît intéressant d'élargir notre sujet aux relations interpersonnelles au sein même du couple dans le contexte de la maladie.

## 2.3. L'ajustement dyadique

Les chercheurs s'intéressent également à l'impact des relations entre la malade et son partenaire sur l'ajustement des patientes et des conjoints au cancer du sein.

### 2.3.1. Description du concept

Les recherches sur le couple existent depuis de nombreuses décennies. En 1980, Spanier et Lewis ont établi une revue de la littérature sur les articles publiés dans les années 70 sur le sujet. Il existerait deux domaines différents pris en compte dans les recherches sur le couple : la qualité maritale et la stabilité maritale.

Spanier a consacré ses travaux à la qualité maritale. Il est le premier à proposer le terme d'*ajustement dyadique*. Pour lui, l'ajustement est un processus continu, pouvant être évalué à des points précis dans le temps sur une dimension allant d'un mauvais ajustement à un bon ajustement.

L'ajustement dyadique s'applique à la dyade (du grec *duas* : couple), c'est-à-dire *un couple de partenaires défini par un lien spécifique à l'intérieur duquel se forme un réseau privilégié d'interactions* (définition du Petit Larousse).

Il convient également de définir ce que nous entendons par *couple*. Ce mot vient du latin *copula*, qui signifie chaîne, lien. Au sens commun, le mot couple désigne deux personnes unies par le mariage ou par des liens affectifs. Selon Reynaert et al. (2006), « *un couple, c'est un système qui comprend la somme de deux individus (JE+TU) plus la qualité émergente de leur interaction (NOUS), c'est-à-dire toute la communication réelle imaginaire et symbolique entre deux êtres humains. Dans un système, tout changement apparaissant dans un élément ou au sein de la relation unissant les éléments est source de changement pour l'autre élément.* »

Certains considèrent l'ajustement marital ou dyadique comme un concept unidimensionnel, d'autres comme un concept multidimensionnel. C'est le cas de Spanier (1976), pour qui l'ajustement dyadique serait déterminé par le degré : (1) des différences non assumées dans le couple, (2) des tensions intra- et interpersonnelles dans le couple, (3) de satisfaction des partenaires, (4) de cohésion entre les conjoints, (5) de consensus sur des sujets jugés importants pour l'un et/ou l'autre des partenaires.

C'est à partir de ce modèle conceptuel que Spanier a développé la Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976).

### 2.3.2. La mesure de l'ajustement dyadique ou de la satisfaction maritale

La Dyadic Adjustment Scale (D.A.S.) de Spanier (1976) est à ce jour l'outil le plus utilisé pour évaluer l'ajustement marital. Il a été construit à partir d'items de questionnaires déjà existants. Il est constitué de 32 items et permettait au départ d'évaluer quatre dimensions : le consensus, la cohésion, la satisfaction et l'expression affective. Baillargeon, Dubois et Marineau (1986) ont adapté l'échelle en langue française. Vandeleur, Fenton, Ferrero et Preisig (2003) préconisent l'utilisation de la DAS en la considérant comme unifactorielle. Plus récemment, Antoine, Christophe et Nandrino (2008) ont effectué une profonde révision factorielle de la D.A.S. auprès de 123 couples. Leurs analyses aboutissent à une version à 16 items se regroupant en un facteur général d'ajustement dyadique, lui-même constitué de deux sous-dimensions : le degré d'accord au sein du couple et la qualité des interactions maritales. Lafaye (2009) a effectué une analyse factorielle des 16 items proposés par Antoine et al. (2008) sur une population de patients suivis pour un cancer de la prostate et leur compagne. Elle obtient une structure uniquement constituée du facteur général d'ajustement dyadique.

Deux autres questionnaires sont utilisés dans certaines études, mais dans une moindre mesure.

Le premier est la Relationship Assessment Scale (R.A.S.) de Hendrick (1988) et Hendrick, Dicke et Hendrick (1998). Il comporte 7 items et permet de mesurer la satisfaction globale vis-à-vis de ses relations avec une personne précise. Cette personne peut être le conjoint et l'outil permet alors de mesurer la satisfaction des relations maritales.

Le second est la sous-échelle de satisfaction de la relation du Maudsley Marital Questionnaire (M.M.Q.) de Arrindell, Emmelkamp et Bast (1983). Cette sous-échelle est constituée de 10 items parmi lesquels : « êtes-vous satisfait du temps que vous passez avec votre partenaire ? » ou encore : « pensez-vous souvent au divorce ? »

L'ensemble de ces outils et leurs principales caractéristiques sont présentés dans le tableau 7.

Tableau 7 : Échelles utilisées pour mesurer la satisfaction maritale des patients cancéreux.

<p>◆ <u>Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976)</u> : Constitué de 32 items, il permet d'évaluer quatre dimensions de l'ajustement dyadique : le consensus, la cohésion, la satisfaction et l'expression affective. La version française ne comporte que 16 items (Antoine et al., 2008) et permet d'évaluer un facteur général d'ajustement dyadique et/ou deux sous-dimensions : le degré d'accord au sein du couple et la qualité des interactions maritales.</p> <p>◆ <u>Relationship Assessment Scale (Hendrick, 1988 ; Hendrick et al., 1998)</u> : Il comporte 7 items permettant l'évaluation de la satisfaction globale vis-à-vis de ses relations avec une personne intime.</p> <p>◆ <u>Maudsley Marital Questionnaire (Arrindell et al., 1983)</u> : Il comporte une sous-échelle de 10 items permettant d'évaluer la satisfaction de la relation.</p>
---

### 2.3.3. Ajustement dyadique et cancer

#### 2.3.3.1. Impact du cancer sur l'ajustement dyadique du couple

Nous venons de voir que le cancer du sein pouvait perturber les relations des deux membres du couple avec leur entourage. Qu'en est-il de leur relation maritale ?

En France, une enquête nationale a été menée en 2004 sur les conditions de vie des patients cancéreux (tous types de cancers et stades hétérogènes), deux ans après leur diagnostic (<http://www.sante.gouv.fr/drees/colloques/cancer/actes.htm>). 4270 personnes ont participé à cette enquête. Les relations de couple se trouvent souvent préservées ou renforcées (dans 92% des cas). Sur l'ensemble de l'échantillon :

- 0,8% vivent en couple alors que ce n'était pas le cas avant le diagnostic ;
- 20% vivent toujours seuls
- 75,5% vivent en couple avec la même personne ;
- 3,3% ne vivent plus en couple ;
- 0,4% vivent en couple avec une personne différente.

Les causes de séparation ont été relevées par l'équipe de recherche : décès du conjoint (39,7%), départ du conjoint à cause de la maladie (17,2%), départ du malade à cause de la maladie (4,6%), autres causes non liées à la maladie (38,4%). Pour les 36,9% des patients qui vivent toujours avec la même personne, la relation de couple s'est renforcée ; pour 55,4% elle n'a pas changé et pour 7,7% elle s'est détériorée.

Si l'on se concentre essentiellement sur les couples dont la femme a un cancer du sein, il semblerait que le taux de séparations ou de divorces consécutifs à la maladie soit de 7% (Keitel et Kopala, 2000). Dorval, Maunsell, Taylor-Brown et Kilpatrick (1999) se sont aussi intéressés à la stabilité maritale des patientes après un cancer du sein. Il

semblerait que le taux de séparation des patientes soit comparable à celui de patientes sans problème de santé. La satisfaction maritale des couples touchés par le cancer du sein est aussi comparable aux niveaux relevés sur la population générale (Northouse et al., 2001). Toutefois, lorsque la satisfaction maritale chute dans les trois premiers mois suivant le diagnostic, les patientes rencontrent davantage de difficultés maritales par la suite (séparation ou satisfaction maritale faible). Taylor-Brown, Kilpatrick, Maunsell et Dorval (2000) ajoutent que les séparations sont plus fréquentes lorsqu'il y avait des difficultés relationnelles pré-existantes au sein du couple. Le diagnostic de cancer vient exacerber les problèmes ou conflits déjà présents dans le couple ; il agit comme un catalyseur (Holmberg et al., 2001 ; Reynaert et al., 2006).

Si l'ajustement des couples semble bon, cela ne signifie pas pour autant qu'ils ne doivent pas fournir des efforts d'adaptation.

Northouse et al. (1998) ont comparé 73 couples dont la femme a un problème bénin au sein et 58 couples dont la femme a un cancer du sein. Il ressort de leur étude que la maladie vient altérer le fonctionnement marital et familial.

De leur côté, Holmberg et al. (2001) ont mené une étude qualitative auprès de 10 patientes atteintes d'un cancer du sein et de 5 conjoints. Ils montrent que tous les couples, qu'ils aient des problèmes avant le diagnostic ou non, doivent affronter des changements négatifs. La communication est moins ouverte dans la dyade car les deux partenaires essaient de se protéger l'un l'autre. Les couples décrivent également un changement dans leur façon de gérer les conflits.

Enfin, Shands, Lewis, Sinsheimer et Cochrane (2006) ont interrogé 29 couples dont la femme a un cancer du sein sur l'impact de la maladie sur leur couple. Elles ont également demandé à ces couples de réfléchir à leurs besoins et aux domaines qu'ils souhaiteraient travailler avec un coach. Quatre domaines ressortent de l'analyse de ces données qualitatives :

- les tensions dans le couple (45%) : comment dialoguer, comment amener le conjoint à comprendre sa compagne malade, comment améliorer les relations intimes ;
- le besoin d'être ensemble comme un couple (21%) : prendre du temps ensemble, faire des choses amusantes ;
- s'émerveiller de ses enfants (17%) : inquiétude sur les effets à long terme, quelles informations transmettre ;
- manager la menace du cancer du sein : prévenir la récurrence et gérer la peur associée, aide à trouver des informations médicales.

Les efforts d'adaptation du couple peuvent parfois amener à un renforcement des liens familiaux et de couple. Dorval, Guay, Mondor, Mâsse, Falardeau, Robidoux, Deschênes et Maunsell (2005) ont intégré 282 couples dont la femme venait de recevoir un diagnostic de cancer du sein. Ils ont demandé à ces couples si l'expérience de la maladie les avait rapprochés ou éloignés. Les résultats sont les suivants :

- pour 42% des couples, les deux membres du couple disent que cette expérience les a rapprochés,
- pour 34%, un des partenaires dit qu'ils sont plus proches tandis que l'autre ne constate pas de changement,
- pour 16%, les deux membres du couple ne voient aucun changement,
- pour 6%, l'un des deux partenaires trouve qu'il y a plus de distance entre eux,
- pour 1%, les deux partenaires reconnaissent qu'il y a plus de distance entre eux.

Le fait d'affirmer que le cancer du sein a rapproché les deux membres du couple est prédit par plusieurs variables :

- pour le conjoint : se confier à son épouse, lui demander conseil quant à l'attitude à adopter et l'avoir accompagnée à la chirurgie,
- pour la patiente : le type de traitement reçu, le fait de rapporter plus d'affection.

Ces résultats montrent donc que la cohésion dans le couple est souvent maintenue et que l'expérience du cancer du sein peut être positive sous certaines conditions. Les couples ayant accepté de participer à cette étude présentent peut-être un profil particulier et cela peut biaiser ces résultats. Toutefois, le taux de refus pour participer à cette recherche a été relativement faible (13% des patientes, 9% des conjoints) et ces résultats paraissent donc intéressants.

Carter et Carter (1993) ont proposé une comparaison des ajustements individuel et marital au cancer du sein auprès de 20 couples, de deux à trois ans après une opération par mastectomie. L'ajustement est bon lorsqu'il est évalué au niveau individuel, tandis que l'ajustement marital atteindrait un seuil pathologique. Les couples rapportent des niveaux extrêmement élevés : (1) d'adaptabilité, marquant un besoin d'adaptation très élevé comme si l'expérience stressante n'en finissait pas ; (2) et de cohésion, ce qui est le signe d'une fusion trop importante entre les deux partenaires, entraînant la perte de l'individualité au sein du couple. Carter, Carter et Siliunas (1993) publient un second article sur ces résultats et revoient leur discussion : il s'agirait en fait d'une réaction normale à un événement aussi menaçant que le cancer, d'autant plus que les scores d'ajustement individuel des patientes et des conjoints sont bons. Les couples constituant

leur échantillon se rapprocheraient et seraient solidaires face à la maladie. La maladie peut donc être l'occasion d'un renforcement des liens familiaux même si 43% des femmes rapportent un sentiment d'incompréhension de leur expérience par les membres de leur famille (Kornblith, 1998).

Maintenant que nous avons décrit l'impact du cancer du sein sur l'ajustement dyadique des patientes et de leur conjoint, il peut être intéressant d'étudier l'influence de cet ajustement, dit dyadique, sur la détresse et la qualité de vie des deux membres du couple.

### 2.3.3.2. Impact de l'ajustement dyadique sur la détresse émotionnelle et la qualité de vie

#### 2.3.3.2.1. *Impact sur l'ajustement des patientes*

Pistrang et Barker (1995) ont mis en évidence que la satisfaction avec la relation d'aide du partenaire, évaluée à l'aide de la D.A.S. de Spanier (1976), est associée au bien-être des patientes. Si par contre, le partenaire ne soutient pas son épouse, mais qu'elle a d'autres sources de soutien (amis, famille), cela ne compense pas la mauvaise relation qu'elle a avec son conjoint. Dans l'étude de Weihs, Enright, Howe et Simmens (1999) les femmes qui rapportent que leur mariage n'est pas satisfaisant (scores faibles à la D.A.S.) sont à un risque élevé de détresse par rapport à celles qui se disent satisfaites.

Yang et Schuler (2009) ont divisé 100 patientes atteintes d'un cancer du sein en deux groupes : le premier avec des scores supérieurs aux scores seuils de la D.A.S. (N=72) et le second avec des scores inférieurs (N=28). Les patientes du groupe rapportant une détresse maritale importante (N=28) présentent un mauvais ajustement à la maladie qui peut durer jusqu'à cinq ans après le diagnostic. Cela se manifeste par une détresse plus importante, une convalescence plus longue avec des effets secondaires prolongés ou encore des habitudes de vie moins saines.

La satisfaction maritale est donc vectrice d'un bon ajustement des patientes à leur maladie. Voyons si cela est aussi le cas pour leur conjoint.

#### 2.3.3.2.2. *Impact sur l'ajustement des conjoints*

Seule une poignée de chercheurs a étudié l'influence de l'ajustement dyadique sur la détresse des proches de patientes atteintes d'un cancer du sein.

L'étude de Lewis, Fletcher, Cochrane et Fann (2008) a permis de montrer qu'un mauvais ajustement marital (évalué à l'aide de la DAS) et une faible ancienneté de la relation prédisent des scores élevés de dépression pour les conjoints.

Selon Segrin et al. (2006), une satisfaction de la relation élevée est associée à une meilleure santé mentale chez les partenaires. Mais il semblerait que ce soit surtout la perception de la qualité de la relation par la patiente mais aussi par le proche (le proche étant le conjoint dans 63% des cas) qui influence l'ajustement des proches : plus la perception de la qualité de la relation est bonne, moins le proche rapportera de symptômes d'anxiété (Segrin et al., 2007).

L'ajustement psychologique des conjoints est donc meilleur lorsqu'ils rapportent des niveaux élevés d'ajustement dyadique.

#### 2.3.3.2.3. *Impact sur le couple*

D'autres chercheurs ont étudié l'influence de l'ajustement dyadique sur les deux membres du couple. Des niveaux élevés de satisfaction de la relation entre patient et partenaire sont associés à moins de symptômes dépressifs (Hodgkinson et al., 2007a). A l'inverse, des conflits au sein du couple sont associés à des niveaux élevés de détresse émotionnelle pour la patiente mais aussi son conjoint (Makabe et Nomizu, 2006).

L'ajustement dyadique semble donc être une variable indispensable à prendre en compte dans l'ajustement des couples au cancer du sein. Il est effectivement associé à une détresse émotionnelle moindre pour les deux membres du couple et à une meilleure qualité de vie pour les patientes.

A présent, nous allons voir quelles sont les variables qui sont associées à cet ajustement dyadique.

### 2.3.3.3. Les prédicteurs de l'ajustement dyadique des patientes atteintes d'un cancer du sein et de leur partenaire

#### 2.3.3.3.1. *Qualité des relations maritales avant le diagnostic*

Il semblerait que, de façon générale, la qualité des relations maritales soit stable dans le temps. En effet, Taylor-Brown et al. (2000) ont démontré que la qualité des relations maritales avant le diagnostic est corrélée positivement avec l'ajustement marital des couples au cancer du sein.

#### 2.3.3.3.2. *La détresse émotionnelle*

Nous avons vu précédemment que la détresse émotionnelle des deux membres du couple influence leur ajustement ultérieur. Il semblerait qu'elle ait aussi un impact sur leur ajustement dyadique.

En effet, lorsque les conjoints rapportent des niveaux de détresse élevés, leur ajustement marital est également faible (Lewis, Woods, Hough et Bensley, 1989 ; Wai Ming, 2002).

#### 2.3.3.3.3. *La communication*

La communication semble directement influencer l'ajustement dyadique à la maladie grave. Dans le cas de couples ayant à affronter une maladie chronique, parler de sa relation de couple est associé à un meilleur ajustement dyadique (Badr et Acitelli, 2005). Ce lien serait en revanche plus fort pour les femmes que pour les hommes. Malheureusement, environ 40% des personnes touchées par le cancer (patients et conjoints) rapportent des difficultés de communication (Libert et al., 2006).

Dans le cas du cancer du sein, une communication ouverte entre la patiente et son partenaire est une attitude favorable à un bon ajustement du couple à la maladie (Foy et Rose, 2001). Selon Lewis et al. (1989), l'ajustement marital est meilleur lorsqu'il existe une introspection familiale, c'est-à-dire lorsque la famille est ouverte à la discussion, à la réflexion et au feed-back. Inversement, plus les problèmes de communication sont

nombreux, plus l'ajustement dyadique est affecté (Kornblith, Regan, Kim, Greer, Parker, Bennet et Winer, 2006).

Manne, Ostroff, Norton, Fox, Goldstein et Grana (2006) ont étudié de façon originale l'impact de la communication sur la satisfaction maritale. Ils ont réparti 147 patientes et 127 partenaires dans trois groupes selon leur profil de communication : communication « mutuelle constructive » (discussion autour de la maladie, expression des sentiments, attitude compréhensive), communication « mutuelle évitante » (évitement mutuel de la discussion, repli mutuel après la discussion) et communication « demande/repli » (l'un des deux partenaires cherche la discussion mais l'autre refuse / adopte une attitude de repli). Les personnes adoptant une communication mutuelle constructive rapportent une satisfaction maritale élevée. En revanche celles du groupe demande/repli ont des niveaux de satisfaction maritale faibles et celles du groupe communication évitante des niveaux de détresse élevés. Seule une communication ouverte serait donc bénéfique aux patientes mais aussi à leur conjoint. Et cette communication peut se faire autour de l'ensemble des sujets affectant le couple : le cancer du sein, l'impact de la maladie sur le couple, la relation de couple elle-même... Paradis, Consoli, Pelicier, Lucas, Andrieu et Jian (2009) ont aussi montré l'impact négatif d'une communication de type demande/repli : la détresse psychosociale des patients cancéreux et des conjoints de leur échantillon est moindre en cas de communication concordante au sein du couple et elle est élevée en cas de communication discordante.

#### 2.3.3.3.4. *L'empathie*

Il semblerait que l'empathie, qui correspond à la capacité de se mettre à la place d'autrui et de percevoir ce qu'il ressent, joue également un rôle dans l'ajustement du couple au cancer du sein. Wai Ming (2002) a mené une étude auprès de 86 patientes atteintes d'un cancer du sein et 46 conjoints sur les prédicteurs de l'ajustement marital au cancer du sein. Les résultats de cette étude montrent, entre autres, que l'ajustement marital évalué par les patientes est prédit par leur propre capacité à comprendre leur conjoint (empathie) et par la perception des deux membres du couple de la capacité de l'autre à les comprendre. L'ajustement marital évalué par les conjoints est prédit par leur propre capacité d'empathie à l'égard de leur compagne.

Les prédictors de l'ajustement dyadique sont donc essentiellement des variables que nous qualifierons d' « émotionnelles » et de « relationnelles. » Des niveaux faibles de détresse émotionnelle et élevés de qualité des relations antérieures, de communication et d'empathie sont en effet associés à un meilleur ajustement du couple au cancer. Patientes et partenaires auraient besoin d'entretenir une relation totalement ouverte en terme de communication, dans le but de se comprendre l'un l'autre et de se sentir compris, de façon à se soutenir et à s'ajuster de la manière la plus optimale possible.

## **2.4. La communication au sein du couple**

La communication semblant être un élément essentiel dans l'ajustement des deux membres du couple au cancer du sein, il était essentiel de la définir et de décrire les attentes du couple à cet égard.

### **2.4.1. Alexithymie versus expression des émotions**

Le fait de communiquer ou non ses émotions à son partenaire influence bien évidemment l'ajustement du couple à la maladie.

Certaines personnes sont incapables d'exprimer leurs ressentis. C'est ce que l'on appelle l'alexithymie. Ce terme signifie littéralement : « pas de mot pour désigner les émotions. » Le concept d'alexithymie a été proposé par l'école de Boston, et plus précisément par Sifneos (1973) et se manifeste par une incapacité à exprimer ses émotions, une vie imaginaire limitée, un recours à l'action en cas de conflit et une description détaillée mais essentiellement factuelle des événements. Il semblerait que des niveaux élevés d'alexithymie soient associés à une anxiété plus importante chez les deux membres du couple.

Exprimer ses émotions serait donc bénéfique. Cependant, Julkunen et al. (2009) ont récemment montré que toutes les émotions ne sont pas bonnes à exprimer. Selon eux, les styles d'expression de la colère des patientes atteintes d'un cancer du sein et de leur conjoint modifient l'atmosphère familiale. Ainsi, la qualité de vie mentale des patientes est-elle altérée lorsque l'un ou l'autre membre du couple rapporte des scores élevés d'expression de la colère.

## 2.4.2. La communication

Il convient tout de même de définir ce terme de communication. Il vient du latin *communicare* qui signifie « mettre en commun. » La communication consiste en effet à faire partager, à transmettre des informations. On distingue la communication verbale et la communication non verbale.

Ce qui nous intéresse ici est la communication interpersonnelle qui prend en compte tout ce qui se passe lorsque des individus entrent en interaction. Elle est basée sur l'échange et fait intervenir à la fois des processus cognitifs, affectifs et inconscients.

Selon Hilton (1993), dans le contexte du cancer, la communication aurait deux fonctions : informer les autres et les soutenir (Hilton, 1993).

Certains auteurs se sont attachés à définir ce qu'était une communication optimale. Pour Pistrang et Barker (1995), une bonne communication entre la patiente et le conjoint se caractérise par des niveaux élevés d'empathie et des niveaux de repli faibles. Effectivement, parler de la maladie dans le couple est associé à un meilleur ajustement pour les patientes mais aussi pour leur conjoint (Walker, 1997 ; Normand, Lasry, Margolese, Perry et Fleischer, 2004), tandis que le refus de parler de la maladie, le repli ou la dissimulation sont plutôt dysfonctionnels pour le couple (Fergus et Gray, 2009).

Si la communication paraît primordiale, encore doit-elle être partagée et adaptée aux besoins de chacun. Selon Hilton (1993), une communication est problématique lorsqu'elle est marquée par la non-congruence, c'est-à-dire lorsque l'un des deux partenaires souhaite communiquer et que le second refuse la communication ou fuit. En terme de besoins, il semblerait que ce que les patientes attendent de leur conjoint soit de la compréhension et du partage. Ainsi, Manne, Sherman, Ross, Ostroff, Heyman et Fox (2004b) ont montré que la détresse des patientes diminue lorsque les conjoints répondent à leurs révélations par des révélations sur eux-mêmes et par de l'humour, mais aussi lorsqu'ils se contentent d'écouter et de comprendre leur compagne sans pour autant essayer de proposer des solutions.

Ce paragraphe a été pour nous l'occasion de mettre en avant les bienfaits de l'expression des émotions et de la communication ouverte au sein du couple. Pourtant, cette communication est parfois mise à mal (Libert et al., 2006). De plus, les patients mentionnent recevoir de l'aide du monde médical pour de nombreuses difficultés,

excepté pour les difficultés conjugales comme la communication, les contacts physiques et les dysfonctions sexuelles (Libert et al., 2006). Il devient donc nécessaire de faire évoluer les prises en charge dans ce domaine.

## **2.5. Conclusion**

Ce chapitre dédié au soutien social nous a permis de définir ce concept ainsi que celui d'ajustement dyadique et d'en présenter les outils d'évaluation, malheureusement pas toujours adaptés aux pathologies chroniques. Nous avons vu que les couples confrontés au cancer du sein avaient des besoins importants en terme de soutien (émotionnel, matériel et informatif) et que ces besoins perduraient au-delà des traitements, alors même que le soutien reçu semble s'estomper avec le temps. Pourtant, répondre aux besoins des deux membres du couple est primordial puisque associé à un meilleur ajustement.

Si les efforts d'adaptation sont constants face à la maladie, les couples rapportent tout de même des niveaux élevés de stabilité et de qualité de leur relation et parfois même un rapprochement. Cela témoigne d'un bon ajustement dyadique, lui-même associé à des niveaux faibles de détresse psychologique et élevés de qualité de vie. Communication ouverte et empathie au sein du couple semblent être déterminants pour un ajustement optimal au cancer du sein, que ce soit au niveau individuel ou dyadique.

En outre, le soutien social a parfois un rôle médiateur ou modérateur entre certaines variables (expression émotionnelle, optimisme, détresse, pensées intrusives...) et plusieurs critères comme la qualité de vie, la détresse ou encore l'efficacité des stratégies de coping. Toutefois, le lien entre le soutien social et les stratégies de coping a été très peu étudié. Le prochain chapitre sera consacré à ce concept de coping et aux liens entre ce dernier et des critères d'adaptation à la maladie (détresse et qualité de vie).

## CHAPITRE 3. LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT AU CANCER DU SEIN : DE L'INDIVIDUEL A L'INTERINDIVIDUEL

Ce chapitre sera pour nous l'occasion de présenter les stratégies utilisées par les patientes et leur conjoint pour s'adapter à la pathologie cancéreuse. Nous élargirons ensuite notre revue de la littérature au niveau interindividuel, en développant le concept de coping dyadique qui paraît très adapté au champ des recherches sur l'ajustement des couples à un événement stressant.

### 3.1. Stratégies d'ajustement à la pathologie cancéreuse ou « coping »

#### 3.1.1. Conceptions et définition du coping

Le mot « coping » vient du verbe anglais « *to cope with* » qui signifie « *faire face à.* » Ce concept est apparu en 1966 dans un ouvrage de Richard Lazarus, *Psychological Stress and Coping Process*. Il est un des maillons essentiels à l'approche transactionnelle du stress développée par Lazarus et Folkman (1984). Rappelons que, selon cette approche, le stress dépend d'une transaction entre l'individu et l'environnement. Confronté à une situation stressante, le sujet procède à deux évaluations successives : l'évaluation primaire permettant de définir le potentiel stressant de la situation et l'évaluation secondaire durant laquelle il établit l'inventaire des diverses ressources personnelles (contrôle perçu) et sociales (soutien social) dont il dispose. Ces évaluations vont permettre au sujet de déterminer les stratégies de coping qui seront utilisées pour faire face à la situation stressante.

Le coping se définit comme suit : « *ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu.* » (Lazarus et Folkman, 1984, p.141). Plusieurs dénominations sont utilisées pour parler de coping : stratégies de coping, stratégies d'ajustement ou encore stratégies de faire face.

Selon la définition de Lazarus et Folkman, le coping est un processus conscient et fluctuant, soumis aux modifications de la relation entre l'individu et son environnement. Bruchon-Schweitzer (2002) précise que tout changement dans cette relation peut donner lieu à des réévaluations de la situation et des ressources disponibles (boucles de rétroaction) impliquant la mise en place de nouvelles stratégies.

Le coping a généralement deux fonctions :

- la régulation de la détresse émotionnelle
- la gestion du problème à l'origine de la détresse

Logiquement, deux grands types de coping découlent de ces fonctions.

- Le premier type de coping est dit « centré sur le problème. » Il vise à « réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p 357). Plusieurs stratégies peuvent être classées sous ce nom : la résolution de problème comprenant la recherche d'information et la planification, et l'affrontement de la situation ;

- Le second type de coping est le coping « centré sur l'émotion. » Il consiste en la régulation des tensions émotionnelles induites par la situation. Il peut se manifester sous différentes formes : l'évitement, la fuite, la minimisation des aspects négatifs, l'humour, la réévaluation positive, l'auto-accusation, la recherche de soutien émotionnel.

Dans la lignée de Lazarus et Folkman, d'autres chercheurs ont tenté de classer les différentes stratégies de coping, mais la tâche est très complexe car il existe une multitude de réponses possibles pour faire face à un problème.

Suls et Fletcher (1985) ont mené une méta-analyse sur 43 études consacrées au coping. Deux stratégies de coping se dégagent de ce travail :

- les stratégies évitantes, ou passives, qui consistent à détourner l'attention de la source de stress par la fuite ou par l'intermédiaire d'activités de substitution ;
- les stratégies vigilantes, ou actives, selon lesquelles l'individu dirige son attention vers la source de stress (recherche d'information, résolution de problème...).

Il ressort toutefois que tout effort de classification aboutit à une vision dichotomique du coping : coping centré sur le problème versus coping centré sur l'émotion, coping vigilant versus coping évitant, coping actif versus coping passif. Ces types de coping, que Bruchon-Schweitzer (2002) appelle aussi des méta-stratégies, renferment d'autres stratégies plus spécifiques.

Selon Bruchon-Schweitzer (2002), la recherche de soutien social apparaît parfois comme une troisième stratégie. Elle se caractérise par les « *efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui.* » Cette stratégie peut toutefois être reclassée dans le coping centré sur le problème si l'appel à autrui consiste à lui demander une aide matérielle ou de l'information, ou dans le coping centré sur l'émotion s'il est demandé à autrui écoute et empathie.

Comme nous venons de le voir, le choix d'une stratégie de coping est déterminé par les ressources personnelles du sujet mais aussi par les caractéristiques environnementales, et notamment les caractéristiques de la situation (nature du danger, imminence, durée...) (Paulhan, 1994). Dans le cas des cancers, les sources de stress sont multiples (annonce, traitement, modifications corporelles, rupture de l'équilibre familial et professionnel...). Il est donc tout à fait possible d'appliquer l'approche transactionnelle du stress à la pathologie cancéreuse.

Au cours de l'évaluation primaire, l'individu peut percevoir la maladie :

- comme une menace (intégrité physique, douleur, risque de mort...) pouvant générer de l'anxiété,
- comme une perte (changements de rôles et statuts, arrêt de travail...) potentiellement dépressogène,
- comme un défi pouvant entraîner une attitude combative.

Ensuite, le sujet détermine s'il dispose des ressources personnelles et sociales nécessaires pour faire face à la maladie et aux traitements au travers de stratégies de coping spécifiques.

Link, Robbins, Mancuso et Charlson (2005) ont proposé un modèle de stratégies individuelles face au cancer (*Individual Coping Strategies* ou *ICS Model*). Selon eux, le choix des stratégies de coping se décompose en cinq étapes ou stades :

- Stade I : réagir face au cancer
- Stades II et III : identifier et évaluer les stratégies (en tenant compte de ses styles de coping habituels, des expériences passées, de ses croyances et représentations)
- Stade IV : choisir les stratégies (en fonction des buts personnels, des émotions et de la perception de la maladie)
- Stade V : utiliser les stratégies

En réalité ces stades sont très proches du modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984). Le premier correspond à l'évaluation primaire, les trois suivants à l'évaluation secondaire et le dernier au coping.

De nombreuses études ont permis de mieux connaître ces stratégies spécifiques et leur rôle dans l'ajustement à la maladie.

### 3.1.2. Les stratégies de coping spécifiques à la pathologie cancéreuse

#### 3.1.2.1. Emergence, description et évaluation des stratégies spécifiques au cancer

Certains auteurs ont mené des entretiens qualitatifs afin de déterminer s'il existait des stratégies de coping spécifiques à la situation de maladie qu'est le cancer.

Greer, Morris et Pettingale (1979) sont les premiers à avoir mis en évidence les stratégies de coping de 69 patientes ayant subi une mastectomie trois mois auparavant. Quatre stratégies ont donc été dégagées grâce à des entretiens semi-structurés : le déni<sup>8</sup> (rejet du diagnostic, minimisation de la gravité de la situation), l'esprit combatif (optimisme, combat contre la maladie, recherche d'informations, etc.), l'acceptation stoïque (les patientes connaissent le diagnostic et se contentent des informations qui leur ont été fournies, elles continuent à vivre comme avant en ignorant leur cancer), et l'impuissance/désespoir (perte d'espoir en l'avenir, sentiment d'être perdues). Greer et Watson (1987) transforment l'entretien semi-structuré utilisé par Greer et al. (1979) en un questionnaire qu'ils nomment la MAC (Mental Adjustment to Cancer) Scale et qui se compose des quatre stratégies déjà mises en évidence. En 1988, Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess et Robertson rajoutent à ce questionnaire une cinquième dimension appelée préoccupations anxieuses. Ils effectuent une analyse factorielle des réponses de 235 patients cancéreux, et obtiennent cinq facteurs : l'impuissance/désespoir, l'esprit combatif, les préoccupations anxieuses, le fatalisme et l'évitement. En 1994, Watson, Law, Dos Santos, Greer, Baruch et Bliss réduisent leur échelle à 29 items et la valident auprès de 573 patients. La structure de la MAC est conservée et le questionnaire est nommé la Mini-MAC.

---

<sup>8</sup> Le déni n'est pas défini ici au sens psychanalytique du terme mais plutôt comme un simple évitement cognitif.

La MAC et la Mini-MAC ont ensuite été traduites, adaptées et validées par de nombreuses équipes de pays très divers. Certaines études consistaient en une simple adaptation du questionnaire et ont dans l'ensemble confirmé la structure factorielle mise à jour par Watson et al. (1988, 1994) (Ferrero, Barreto et Toledo, 1994 ; Akechi, Fukue-Saeki, Kugaya, Okamura, Nishiwaki, Yamawaki, Uchitomi, 2000 ; Cayrou, Dickès, Gauvain-Piquard et Rogé, 2003 ; Mystakidou, Watson, Tsilika, Parpa, Primikiri, Katsouda et Vlahos, 2005 ; Grassi, Buda, Cavana, Annunziata, Torta et Varetto, 2005 ; Anagnostopoulos, Kolokotroni, Spanea et Chryssochoou, 2006 ; Kang, Chung, Kim, Choi, Ahn, Jeung et Namkoong, 2008 ; Bredal, 2010). D'autres chercheurs ont plutôt critiqué la structure factorielle obtenue par Watson et al. (1988) et ont proposé de nouvelles dimensions (Schwartz, Daltroy, Brandt, Friedman et Stolbach, 1992 ; Nordin, Berglund, Terje et Glimelius, 1999 ; Osborne, Elsworth, Kissane, Burke et Hopper, 1999). Schwartz et al. (1992) proposent quatre dimensions : désespoir, attitude positive, réévaluation positive et participation vigilante. L'étude de Nordin et al. (1999) aboutit également à quatre facteurs : le désespoir, le coping positif, le coping anxieux et l'évitement. Osborne et al. (1999) trouvent une structure en six facteurs : l'impuissance/désespoir, la colère et quatre autres dimensions (orientation positive et minimisation, fatalisme et perte de contrôle) qui étaient contenues dans les facteurs « esprit combatif » et « fatalisme » de la version originale de la MAC.

Ces différences dans la structure factorielle du questionnaire pourraient être expliquées par des différences culturelles (Schwartz et al., 1992).

L'équipe de Schnoll (Schnoll, MacKinnon, Stolbach et Lorman, 1995 ; Schnoll, Harlow, Brandt et Stolbach, 1998) a testé la MAC selon deux types de structures factorielles : celle de Watson et al. (1988) et celle de Schwartz et al. (1992). Selon ces auteurs, ces deux structures sont tout à fait valables et donnent des résultats intéressants. Certaines études ont aussi abouti à une simplification de la structure factorielle du questionnaire en deux ou trois dimensions (Ho, Fung, Chan, Watson et Tsui, 2003 ; Anagnostopoulos et al., 2006 ; Watson et Homewood, 2008) : émotions négatives (regroupant l'impuissance/désespoir et les préoccupations anxieuses), attitude positive (synthétisant l'esprit combatif et le fatalisme) et évitement cognitif.

D'autres auteurs ont étudié les stratégies de coping utilisées par des patients cancéreux. Dunkel-Schetter et al. (1992) ont construit, à partir de la WCC de Folkman et al. (1986) une nouvelle échelle spécifique. Ils ont administré cette échelle à 603 patients cancéreux dont 42% sont des femmes atteintes d'un cancer du sein. Une analyse factorielle fait

émerger cinq facteurs : la recherche de soutien social, l'évitement cognitif, la prise de distance, la pensée positive et l'évitement comportemental.

Manuel, Burwell, Crawford, Lawrence, Farmer, Hege, Phillips et Avis (2007) ont mené une étude originale proposant d'évaluer les stratégies de coping utilisées par 201 femmes atteintes d'un cancer du sein de manière quantitative et qualitative. Evaluées à l'aide de questionnaires, les stratégies les plus utilisées par les patientes seraient la restructuration cognitive positive, la pensée positive et le fait de réaliser des changements. La méthode qualitative permet de démontrer que les stratégies de coping sont spécifiques aux éléments auxquels les patientes cherchent à s'ajuster. Ainsi, c'est la recherche de soutien social qui est la plus utilisée par les patientes pour faire face à la colère ou les symptômes dépressifs, tandis que pour gérer les inquiétudes par rapport au futur, elles disent avoir plutôt recours à la restructuration cognitive positive. Selon les auteurs, certaines stratégies ne sont jamais mesurées par les questionnaires mais sont pourtant valables. Ce serait le cas de l'activité physique, de l'auto-médication ou du repos.

Taleghani, Parsa Yekta et Nasrabadi (2006) ont mené des entretiens qualitatifs auprès de 19 patientes iraniennes sur la façon dont ces dernières font face à leur cancer du sein récemment diagnostiqué. Plusieurs thèmes ressortent de leur analyse de contenu :

- le coping religieux (acceptation de la maladie comme volonté divine, combat spirituel)
- penser à la maladie (pensée positive, suggestion positive, espoir, oubli intentionnel, pensée négative, désespoir, peur, image du corps altérée)
- accepter la maladie (acceptation active versus passive)
- facteurs sociaux et culturels influençant le coping (représentations sociales du cancer, attitudes des autres envers la patiente)
- trouver du soutien auprès de ses proches.

Etant donné le nombre important de stratégies mises à jour, Livneh (2000) a proposé une classification des stratégies de coping en terme d'engagement (comprenant le coping centré sur le problème, la planification, la recherche d'informations, la réévaluation positive, la restriction cognitive, la confrontation ou esprit combatif, la recherche de soutien social et l'expression ou ventilation des émotions) versus désengagement (déli, pensée positive ou fantastique, évitement/fuite, auto-accusation ou autocritique, retrait social, consommation de substances, désengagement

comportemental, fatalisme ou résignation). Deux stratégies additionnelles n'ont pas pu être classées dans ces deux catégories : le recours à la religion et l'acceptation.

Franks et Roesch (2006) ont aussi établi une classification des stratégies de coping utilisées par les patients cancéreux. Ils ont effectué une méta-analyse sur quinze études, dont sept essentiellement sur le cancer du sein et ont proposé deux types de taxinomies (Tableau 8):

- la première oppose (1) les efforts pour agir sur le stresser (stratégies de coping centrées sur le problème) et (2) les efforts pour agir sur les émotions associées (stratégies de coping centré sur l'émotion) ;

- la seconde est basée sur les efforts de coping ayant une orientation plutôt générale. On y distingue (1) le coping d'approche et (2) le coping évitant.

Ces deux taxinomies sont assez proches, pour la première, de celle proposée par Lazarus et Folkman (1984) et, pour la seconde, de celle de Suls et Fletcher (1985).

Tableau 8 : Taxinomie des stratégies de coping utilisées par les patients cancéreux  
(Franks et Roesch, 2006, p1031)

<i>1. Coping d'approche et évitement</i>	
<i>Coping d'approche</i> Coping actif/d'approche Attentes positives/Optimisme Auto-efficacité Recherche d'information Recherche de soutien/conseil Auto-contrôle Réévaluation/Réinterprétation positive Compliance Planification / Analyse logique Suppression des activités concurrentes Acceptation Résolution de problème	<i>Evitement</i> Evitement / coping passif Pensée positive Déni Désengagement comportemental Désengagement mental Auto-accusation Religion Minimisation de la menace Prise de distance / distraction Décharge / ventilation émotionnelle Consommation d'alcool ou de drogues Impuissance Humour
<i>2. Coping centré sur le problème et coping centré sur l'émotion</i>	
<i>Coping centré sur le problème</i> Recherche de soutien instrumental Coping actif Suppression des activités concurrentes Compliance Planification Résolution de problème	<i>Coping centré sur l'émotion</i> Attente positive / optimisme Auto-efficacité Recherche de soutien émotionnel Auto-contrôle Réévaluation/Réinterprétation positive Acceptation Minimisation de la menace Pensée positive Chercher d'autres bénéfiques Religion Humour

Nous voyons donc qu'une multitude de chercheurs ont essayé de déterminer et de classer les stratégies de coping générales et spécifiques utilisées face au cancer. Mais il semblerait qu'il y ait autant de stratégies et de classifications que d'études sur le sujet. Ceci reflète aussi la complexité du processus de coping : les façons de faire face à la maladie sont très diverses et les chercheurs sont donc contraints de faire un choix

quant aux stratégies qu'ils évalueront. Ce choix est souvent dépendant de l'outil qu'ils décideront d'utiliser. Une autre solution est de mener des entretiens qualitatifs, ce qui permet d'être au plus proche de ce que les patientes et/ou les conjoints ont effectivement mis en place pour gérer la maladie. Toutefois, cette méthode rend difficile la comparaison avec d'autres études.

### 3.1.2.2. Des stratégies privilégiées ?

Comparées à d'autres patients cancéreux, il semblerait que les patientes atteintes d'un cancer du sein adoptent des stratégies de coping particulières. Selon Francks et Roesch (2006) elles ont davantage tendance à utiliser un coping d'approche quand elles évaluent la maladie en terme de menace ou de défi, plutôt qu'en terme de perte.

Si l'on se réfère à l'ensemble des études sur le sujet, quatre types de stratégies semblent être utilisées en priorité par les patientes atteintes d'un cancer du sein. Il s'agit de la réévaluation ou restructuration positive (Carver et al., 1993 ; Thomas et Marks, 1995 ; Li et Lambert, 2007 ; Danhauer, Crawford, Farmer et Avis, 2009 ; Al-Azri, Al-Awisi et Al-Moundhri, 2009), de l'acceptation (Carver et al., 1993 ; Thomas et Marks, 1995 ; Lauver, Connolly-Nelson et Vang, 2007 ; Browall, Persson, Ahlberg, Karlsson et Danielson, 2009 ; Al-Azri et al., 2009), de la recherche de soutien social (Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Fredette, 1995 ; Heim et al., 1997 ; Wonghongkul, Dechaprom, Phumivichuvate et Losawatkul, 2006 ; Al-Azri et al., 2009) et du coping religieux ou spiritualité (Carver et al., 1993 ; Fredette, 1995 ; Lauver et al., 2007 ; Al-Azri et al., 2009). Il est important d'ajouter que cette troisième stratégie de coping est très dépendante du type de culture à laquelle appartiennent les patientes. Ainsi, Browall et al. (2009), dans leur étude sur des patientes suédoises post-ménopausées et en traitement de chimiothérapie, obtiennent-ils des scores très faibles de recours à la religion.

Dans une moindre mesure les patientes ont aussi recours à la distraction (Heim et al., 1997 ; Lauver et al., 2007 ; Li et Lambert, 2007 ; Browall et al., 2009) qui est une stratégie apparentée au coping évitant.

Si certaines stratégies semblent privilégiées, elles ne sont pas utilisées de manière exclusive. En effet, de nombreuses recherches ont permis de démontrer que les patients utilisent simultanément différents types de stratégies pour faire face au cancer (Francks

et Roesch, 2006). Selon Dunkel-Schetter et al. (1992), 94% des 603 patients composant leur échantillon utilisent au moins trois stratégies de coping différentes, témoignant de leur grande flexibilité. Browall et al. (2009) précisent que les stratégies utilisées par les patientes atteintes d'un cancer du sein seraient dépendantes des événements stressants auxquelles elles doivent s'ajuster. Les patientes qui composent leur échantillon rapportent six événements stressants de deux types : physiques et psycho-sociaux, et elles utilisent en moyenne 3,3 stratégies par événement stressant. Cette flexibilité du coping est bénéfique puisqu'elle est associée à un bon ajustement psychologique (Roussi, Krikeli, Hatzidimitriou et Koutri, 2007).

### 3.1.2.3. Evolution des stratégies de coping

L'évolution des stratégies de coping dans le temps a été peu étudiée. D'un point de vue théorique, cela est pourtant intéressant : ces stratégies sont adaptatives et devraient donc évoluer en fonction des modifications des situations considérées comme stressantes. Heim et al. conseillaient déjà en 1997 d'évaluer le coping et la détresse psychologique des patientes cancéreuses à l'aide de mesures répétées, car ils sont soumis à une grande variabilité et dépendent des différents temps de la maladie. Cette flexibilité des stratégies de coping en fonction de l'évolution des stressseurs a été confirmée par Roussi et al. (2007).

L'étude de Carver et al. (1993) a permis de mieux connaître l'évolution des stratégies de coping des patientes atteintes d'un cancer du sein de la période pré-opératoire à un an après. Les 59 patientes de leur étude ont complété un questionnaire de coping composé de douze sous-échelles à cinq reprises : la veille de la chirurgie, entre sept et dix jours après la chirurgie, puis trois, six et douze mois après l'intervention. Leurs résultats montrent que le recours au coping actif, à la planification et à la religion décline rapidement de la période pré-opératoire à la période post-opératoire ( $p < 0,01$ ). Les efforts pour détourner son attention des activités concurrentes, la restriction, la recherche de soutien social, le déni et la distraction sont des stratégies qui diminuent par paliers tout au long de la première année suivant le diagnostic ( $p < 0,01$ ). Seule l'acceptation a tendance à augmenter tout au long de cette première année ( $p = 0,06$ ).

Selon Roussi et al. (2007), il semblerait que le coping négativement lié à la détresse dans la période du traitement chirurgical (acceptation, réévaluation positive et

distraktion) augmente dans les trois mois suivants, tandis que l'inverse se produirait pour les stratégies liées à une détresse importante (déli).

De telles études, intégrant des mesures répétées, sont encore rares de nos jours et doivent être encouragées. Depuis, quelques chercheurs se sont attachés à observer l'évolution des stratégies de coping, mais le nombre de temps de mesure se limite souvent à deux ou trois.

L'analyse de ces études nous amène au même constat que Carver et al. (1993) et d'autres équipes de recherches : il semblerait que la plupart des stratégies de coping soient stables ou bien de moins en moins utilisées par les patientes au fur et à mesure que l'on s'éloigne du diagnostic (Jadoulle, Robkani, Ogez, Maccioni, Lories, Bruchon-Schweitzer et Constant, 2006 ; Danhauer et al., 2009). Seules quelques stratégies sont davantage sollicitées par les patientes à distance du diagnostic. Effectivement, alors que Carver et al. (1993) et Roussi et al. (2007) observent une augmentation de l'acceptation de la maladie de la part des patientes, Danhauer et al. (2009) démontrent que la stratégie de détachement est de plus en plus utilisée par ces dernières à plusieurs mois du diagnostic ; Roussi et al. (2007) montrent, eux, une augmentation de l'utilisation de la stratégie « distraction. » Les patientes parviendraient donc, avec le temps, à accepter leur maladie et à prendre un certain recul par rapport à elle.

L'étude de Hartmann, Bonnaud-Antignac, Cercle, Dabouis et Dravet (2007) donne des résultats contradictoires avec ceux présentés précédemment. Ils ont évalué les stratégies de coping de 60 patientes au moment de l'intervention chirurgicale pour cancer du sein puis à la fin des traitements (chimiothérapie et/ou radiothérapie). Ils observent une augmentation des stratégies de coping centré sur le problème ( $p < 0,02$ ).

Les études sur les stratégies de coping et leur évolution nous paraissent insuffisantes tant en nombre que sur un plan méthodologique. Il est donc important de développer des recherches sur le coping des patientes traitées pour un cancer, en intégrant des mesures répétées de la période diagnostique à plusieurs mois, voire plusieurs années après la fin des traitements, et en prenant en compte les étapes de la maladie (diagnostic, traitement, rémission, récurrence, phase palliative). Intégrer des évaluations à la fois de type quantitatif et qualitatif serait également un gage de qualité. Nous allons voir que le choix des outils de mesure du coping est très vaste, mais que certains sont très largement privilégiés par la communauté scientifique.

### 3.1.3. Les mesures du coping

Les chercheurs qui se sont intéressés au rôle du coping dans l'ajustement au cancer du sein ont utilisé différents questionnaires. Certains ont retenu des échelles générales, d'autres des échelles plus ou moins spécifiques à la pathologie cancéreuse. Les outils les plus utilisés sont présentés et critiqués. Le tableau 9, à la fin de ce paragraphe, résume les caractéristiques de ces instruments de mesure.

#### 3.1.3.1. Les mesures génériques

##### *3.1.3.1.1. Echelles de coping générales*

De nombreux auteurs ont intégré à leurs protocoles de recherche sur l'ajustement au cancer des échelles de coping générales. Les trois outils les plus utilisés au niveau international sont la Ways of Coping Checklist (W.C.C.) de Folkman et Lazarus (1980), le Ways of Coping Questionnaire (WCQ) de Folkman et Lazarus (1988) et le COPE de Carver, Scheier et Weintraub (1989).

La W.C.C. et le W.C.Q. sont issus du modèle transactionnel du stress de Lazarus. Folkman et Lazarus (1980) ont en effet développé un outil qu'ils ont appelé la Ways of Coping Checklist. A l'origine, il se compose de 68 items se rapportant à la « résolution de problème » et à la « régulation des émotions ». 100 sujets ont participé à la validation de la W.C.C. Il leur a été demandé une fois par mois pendant un an de décrire une situation stressante qu'ils avaient rencontrée et d'indiquer si oui ou non ils avaient utilisé les stratégies présentées dans la liste pour y faire face. L'analyse factorielle des réponses a permis de dégager huit sous-échelles, deux de coping centré sur le problème et six de coping centré sur l'émotion : la résolution de problème, la confrontation, la prise de distance, la réévaluation positive, l'auto-accusation, la fuite/évitement, la recherche de soutien social et la maîtrise de soi.

En 1988, Folkman et Lazarus développent le Ways of Coping Questionnaire, dérivé de la W.C.C., comprenant 50 items. La passation du questionnaire est la même que pour la W.C.C. : description d'une situation récente vécue comme menaçante puis utilisation ou non des stratégies de coping proposées dans le questionnaire.

Seule la W.C.C. a été validée sur la population française. Il en existe trois adaptations. La première est celle de Bruchon-Schweitzer, Cousson, Quintard et Nuissier (1996), qui est une version à 42 items, réalisée à partir de la version de Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro et Becker (1985). La seconde compte 27 items et permet d'évaluer 3 facteurs : le coping centré sur le problème, le coping centré sur l'émotion et la recherche de soutien social (Cousson, Bruchon-Schweitzer, Quintard, Nuissier et Rasclé, 1996). Récemment, Cousson-Gélie, Cosnefroy, Christophe, Segrestan-Crouzet, Merckaert, Fournier, Libert, Lafaye et Razavi (*sous presse*) ont validé ce même questionnaire auprès de 622 patients cancéreux français et belges. L'analyse factorielle aboutit de nouveau à trois facteurs : le coping centré sur le problème, l'auto-accusation et évitement et la recherche de soutien social.

Une seconde adaptation à 67 items découle de la W.C.C.-R. de Folkman et Lazarus (1985). Elle a été traduite et validée par Graziani, Rusinek, Servant, Hautekeete-Sense et Hautekeete (1998) et permet d'évaluer le recours à 10 stratégies : résolution de problème, évasion, recherche de soutien social et auto-contrôle, fuite/évitement, replanification, acceptation, diplomatie, confrontation et évolution personnelle.

Quelques années après Folkman et Lazarus, Carver et al. (1989) ont développé un questionnaire de coping multidimensionnel dont les items ont été construits à partir de deux modèles théoriques : le modèle transactionnel du stress de Lazarus et le modèle de l'auto-régulation comportementale de Carver et Scheier (1981). Leur objectif était de proposer un outil qui permettait d'évaluer une multitude de stratégies de coping et pas seulement deux stratégies générales (coping centré sur le problème et coping centré sur l'émotion). La version originale du COPE permet donc d'évaluer treize stratégies de coping différentes : cinq centrées sur le problème (coping actif, planification, suppression des activités concurrentes, s'imposer des contraintes, recherche de soutien instrumental), cinq centrées sur l'émotion (recherche de soutien émotionnel, réinterprétation positive, acceptation, déni, coping religieux) et trois autres (se concentrer sur et ventiler ses émotions, désengagement comportemental, désengagement cognitif). En 1997, Carver a proposé une version abrégée de ce questionnaire (le Brief COPE), se composant de 28 items et quatorze facteurs (deux items par facteur) qui a été validée par Müller et Spitz (2003) sur une population de 834 étudiants pour la version dispositionnelle et de 178 étudiants pour la version situationnelle. Ces auteurs ont dégagé la même structure factorielle que Carver. Les sous-échelles sont les suivantes : coping actif, planification, soutien instrumental,

soutien émotionnel, expression des sentiments, réinterprétation positive, acceptation, déni, blâme, humour, religion, distraction, utilisation de substances et désengagement comportemental. En 2002, Fillion, Kovacs, Gagnon et Endler ont effectué une validation de ce questionnaire auprès de 132 patientes traitées par radiothérapie pour un cancer du sein. Vingt-huit items et huit facteurs ont été retenus : le désengagement, la distraction, le coping actif, la recherche du soutien émotionnel du compagnon, la recherche du soutien émotionnel des amis, le fait de se tourner vers la religion, l'humour et la consommation de substances.

#### *3.1.3.1.2. Echelles de coping spécifiques aux problèmes de santé*

La Coping with Health Injuries and Problems scale (C.H.I.P.) d'Endler et Parker (1992) a été développée sur une population de patients cancéreux. Elle a toutefois été révisée pour convenir à tout sujet souffrant d'une pathologie somatique. Cette échelle comprend 32 items et permet d'évaluer quatre stratégies de coping spécifiques aux problèmes de santé : le coping instrumental, la distraction, la centration sur soi ou coping « palliatif » et les préoccupations émotionnelles. Endler, Courbasson et Fillion (1998) ont validé la C.H.I.P. en version franco-canadienne sur 50 hommes atteints d'un cancer de la prostate et 110 patientes traitées pour un cancer du sein et ont confirmé la structure factorielle et la stabilité de l'outil.

#### *3.1.3.2. Les mesures spécifiques à la pathologie cancéreuse*

Divers auteurs ont élaboré des échelles spécifiques à la pathologie cancéreuse.

Watson et al. (1988) ont été les premiers à proposer une échelle d'ajustement mental au cancer (Mental Adjustment to Cancer scale, M.A.C). Nous avons déjà décrit le développement de cet outil. Celui-ci a été traduit et validé en français par Cayrou, Dickès, Gauvain-Piquard, Dolbeault, Desclaux, Viala et Roge (2001) et comprend cinq facteurs : l'esprit combattif, l'impuissance/désespoir, les préoccupations anxieuses, l'évitement et le fatalisme. Si ce questionnaire est toujours utilisé pour évaluer le coping des patients cancéreux, il n'en évalue pas moins l'ajustement mental au cancer (Nordin

et al., 1999). L'ajustement mental a été défini par Greer, Moorey et Watson (1989) comme *les réponses émotionnelles, cognitives et comportementales d'un individu face à une situation*. Ces réponses peuvent être volontaires ou involontaires. Le questionnaire d'ajustement mental au cancer (M.A.C.) contient donc des réactions volontaires, contrôlées, mais aussi des réactions automatiques comme les émotions ou la détresse psychologique (nommées, selon les auteurs, désespoir, préoccupations anxieuses, émotions négatives...).

Comme déjà décrit précédemment, Dunkel-Schetter et al. (1992) ont construit, à partir de la W.C.C., une nouvelle échelle spécifique à la population cancéreuse qu'ils ont intitulé le Ways Of Coping inventory – CAncer version (W.O.C. – CA). Cinq stratégies ont été dégagées par les auteurs : recherche de soutien social, évitement/fuite cognitive, prise de distance, se concentrer sur les points positifs, évitement/fuite comportementale. Malheureusement, nous ne disposons pas d'une version française de ce questionnaire.

Tableau 9 : Échelles couramment utilisées pour mesurer le coping des patients cancéreux

<p>◆ <b>COPE</b> (Carver et al., 1989) : ce questionnaire comporte 52 items et a l'avantage d'évaluer un nombre important de stratégies de coping (13). Il en existe une version abrégée à 28 items et quatorze facteurs (auto-distraction, coping actif, déni, consommation de substances, recours au soutien émotionnel, recours au soutien instrumental, désengagement comportemental, ventilation des émotions, réévaluation positive, planification, humour, acceptation, coping religieux et auto-accusation) Validations françaises sur des étudiants (Müller et Spitz, 2003) et sur des patientes atteintes d'un cancer du sein (Fillion et al., 2002).</p> <p>◆ <b>Ways of Coping Checklist/Ways of Coping Questionnaire</b> (Folkman et Lazarus, 1980, Vitaliano et al., 1985 ; Lazarus et Folkman, 1985 ; Folkman et al., 1986 ; Folkman et Lazarus, 1988). <u>Validation française de Cousson et al. (1996)</u> : échelle comportant 27 items et permettant d'évaluer trois stratégies générales : le coping centré sur le problème, le coping centré sur l'émotion et la recherche de soutien social.</p> <p>◆ <b>Coping with Health Injuries and Problems scale</b> (Endler et Parker, 1992 ; Endler et Parker, 2000) : permet de mesurer 4 réactions de coping (distraction, coping palliatif, coping instrumental, coping émotionnel) face à une variété de problèmes de santé. Validation en langue française : Endler et al. (1998)</p> <p>◆ <b>Mental Adjustment to Cancer scale</b> (Watson et al., 1988) : <u>validation française de Cayrou et al. (2001)</u> : 44 items et 5 sous-échelles : esprit combattif, impuissance/désespoir, préoccupations anxieuses, évitement, dénégation. Les deux dernières sous-échelles sont intéressantes pour la recherche mais elles ne présentent pas de bonnes qualités psychométriques.</p> <p>◆ <b>WOC-CA</b> (Dunkel-Schetter, 1992) : questionnaire inspiré de la WCC et adapté à la population cancéreuse. Permet d'évaluer 5 stratégies (recherche de soutien social, évitement/fuite cognitive, prise de distance, se concentrer sur les points positifs, évitement/fuite comportementale).</p>
--

### 3.1.3.3. Conclusion sur les mesures du coping dans les études sur le cancer du sein

La plupart des outils répertoriés ici présente des inconvénients.

En effet, les échelles de coping générales ne peuvent pas être représentatives de l'ensemble des stratégies de coping utilisées par les patientes atteintes d'un cancer du sein. Les stratégies proposées sont parfois floues pour les patientes. Les questionnaires COPE et Brief-COPE tiennent compte de très nombreuses stratégies, mais chaque dimension ne comporte que peu d'items ce qui augmente le risque de non-homogénéité de ces outils. De plus, il semblerait que ce questionnaire ne soit pas du tout adapté aux patientes atteintes d'un cancer du sein et qu'il montre des difficultés à discriminer les stratégies d'ajustement, mesurant surtout des stratégies de non-ajustement (Thomas et Marks, 1995). Toutefois, l'intérêt de mesures génériques est de pouvoir comparer la population des patientes atteintes d'un cancer du sein à d'autres groupes (patientes en bonne santé ou atteintes d'autres types de pathologies, conjoints).

Concernant les échelles de coping spécifiques au cancer ou aux problèmes de santé, elles ont l'avantage d'être plus compréhensibles pour les patientes et adaptées à cette population, mais toutes présentent malheureusement l'inconvénient d'être des mesures ambiguës qui permettent d'évaluer des stratégies de coping, mais aussi des niveaux d'ajustement (Nordin et al., 1999 ; Cayrou et al., 2001 ; Jadouille et al., 2006). C'est le cas des sous-échelles comme l'impuissance/désespoir (M.A.C.), les préoccupations anxieuses (M.A.C.) ou émotionnelles (C.H.I.P.). Il n'est donc pas recommandé de les utiliser comme mesure du coping au sens où le définissent Lazarus et Folkman (1984), c'est-à-dire comme un concept distinct de l'évaluation de la situation et de l'issue de cette dernière (Nordin et al., 1999).

Toutefois, la M.A.C. est utilisée dans de très nombreux protocoles français et internationaux et elle reste incontournable dans notre domaine de recherche. Elle permet aussi aux chercheurs de pouvoir comparer leurs résultats à ceux obtenus par d'autres chercheurs en France et dans le monde entier.

### 3.1.4. Le coping : impact sur l'ajustement au cancer du sein

#### 3.1.4.1. Impact du coping sur la qualité de vie et la détresse émotionnelle des patientes

Comme nous l'avons exposé ci-dessus, les études portant sur le lien entre coping et ajustement au cancer du sein sont très nombreuses et les échelles utilisées pour évaluer le coping sont tout aussi variées. On peut également retrouver une même stratégie évaluée sous un vocable différent. Il est donc difficile de synthétiser l'ensemble des résultats sur ce thème.

##### *3.1.4.1.1. Les stratégies de coping centré sur le problème*

Les stratégies de coping centré sur le problème, aussi appelées coping ou engagement actifs, coping d'approche ou encore esprit combatif, évaluées auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique, sont associées à une bonne qualité de vie (Filazoglu et Griva, 2008 ; Danhauer et al., 2009 ; Al-Azri et al., 2009) et une détresse émotionnelle moindre (Ptacek, Ptacek et Dodge, 1994 ; Schnoll et al., 1998 ; Al-Azri et al., 2009), et semblent d'autant plus efficaces que les patientes ont de l'espoir (Stanton, Danoff-Burg et Huggins, 2002). Selon Jim, Richardson, Golden-Kreutz et Andersen (2006), ces stratégies permettent aux patientes de donner un sens à ce qui leur arrive.

La recherche d'information, qui fait partie des stratégies de coping centré sur le problème, est aussi associée à un bon ajustement (Lavery et Clarke, 1996 ; Ransom, Jacobsen, Schmidt et Andrykowski, 2005).

L'étude de Shapiro, Boggs, Rodrigue, Urry, Algina, Hellman et Ewen (1997) a permis de montrer que les patientes qui adoptent une attitude de confrontation, caractérisée par la recherche d'information, l'optimisme, le désir de parler de la maladie et le fait de ne pas recourir à la distraction, rapportent moins de symptômes physiques et psychologiques. Selon ces mêmes auteurs, la composante d'un coping optimal serait la volonté de discuter et de penser à la maladie.

#### 3.1.4.1.2. *L'acceptation*

Le fait d'accepter la maladie serait, semble-t-il, bénéfique aux patientes atteintes d'un cancer du sein (Carver et al., 1993 ; Roussi et al., 2007, Al-Azri et al., 2009). Mais l'acceptation doit être distinguée du fatalisme qui est une stratégie parfois fonctionnelle (Cotton, Levine, Fitzpatrick, Dold et Targ, 1999) et parfois négative (Schnoll et al., 1998) selon les études.

#### 3.1.4.1.3. *Le coping expressif*

En ce qui concerne le coping expressif (ou expression des émotions), les résultats sont contradictoires. Il est généralement associé à une détresse psychologique importante (Thomas et Marks, 1995 ; Ben-Zur, Gilbar et Lev, 2001 ; Cohen, 2002), mais il semblerait qu'il soit efficace dans certaines circonstances : niveau de stress engendré par la situation faible et disponibilité et réceptivité sociales importantes (Stanton, Danoff-Burg, Cameron, Bishop, Collins, Kirk, Sworowski et Twillman, 2000 ; Low, Stanton, Thompson, Kwan et Ganz, 2006 ; Roussi et al., 2007). Stanton et al. (2000) proposent une explication à ces résultats contradictoires : l'expression émotionnelle serait liée à une détresse importante lorsque les patientes sont dans une attitude de rumination et non de verbalisation, de partage ou de communication simples. Et, effectivement, le fait de ruminer, de se concentrer exclusivement sur ses symptômes à la fin des traitements ou encore de réagir par de l'auto-accusation, est associé à une issue négative (Ransom et al., 2005, Li et Lambert, 2007 ; Al-Azri et al., 2009).

#### 3.1.4.1.4. *Les autres stratégies émotionnelles*

Si l'impact du coping expressif sur l'ajustement des patientes à leur maladie reste encore flou, certaines autres stratégies dites « émotionnelles » ont été identifiées comme dysfonctionnelles. C'est le cas de l'impuissance/désespoir (Lavery et Clarke, 1996 ; Cousson-Gélie, 1997 ; Schnoll et al., 1998 ; Cotton et al., 1999 ; Tastet, 2001 ; Sehlen et al., 2003 ; Segrestan, Cousson-Gélie et Bussièrès, 2005 ; Filazoglu et Griva, 2008 ; Al-Azri et al., 2009 ; Cousson-Gélie, Barrault, De Castro, Segrestan, Quintric, Vega, Soum-Pouyalet, Giacomoni, Bussièrès, Tunon de Lara, Delefortrie, Rousvoal et

Avril, 2009) et des préoccupations anxieuses (Schnoll et al., 1998 ; Cotton et al., 1999), qui sont toutes deux associées à une détresse élevée et une qualité de vie médiocre. Le déni, également, est une stratégie reconnue comme dysfonctionnelle (Carver et al., 1993 ; Thomas et Marks, 1995 ; Ben-Zur et al., 2001 ; Roussi et al., 2007). Seuls Heim et al. (1997) montrent une relation positive entre le déni et l'adaptation psychosociale.

#### 3.1.4.1.5. *L'évitement*

L'évitement est une stratégie qui a aussi été largement étudiée. Elle est parfois aussi nommée fuite, désengagement ou coping palliatif et est associée à un mauvais ajustement (Bloom et Spiegel, 1984 ; Bloom, Pendergrass et Burnell, 1984 ; Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Carver et al., 1993 ; Ptacek et al., 1994 ; Thomas et Marks, 1995 ; McCaul, Sandgren, King, O'Donnell, Branstetter et Foreman, 1999 ; Ben-Zur et al., 2001 ; Holland et Holahan, 2003 ; Jadouille et al., 2006 ; Karademas, Argyropoulou et Karvelis, 2007 ; Romero, Lindsay, Dalton, Nelson et Friedman, 2008) et à une peur de la récurrence (Stanton et al., 2002 ; Al-Azri et al., 2009). Dans leur article de 1999, McCaul et al. font référence aux travaux de Pennebaker (1993) selon lesquels l'inhibition émotionnelle (évitement de la discussion autour d'une expérience traumatique) entraîne des conséquences émotionnelles et physiologiques négatives. Or, le coping évitant consiste aussi à éviter la discussion autour de l'événement traumatique « cancer du sein » et donc les travaux de Pennebaker auraient pu permettre de prédire ce lien entre coping évitant et détresse émotionnelle.

D'autres stratégies comme la prise de distance (Dunkel-Schetter et al., 1992), l'humour (Carver et al., 1993 ; Stanton et al., 2002), le divertissement ou la distraction (Heim et al., 1997 ; Jadouille et al., 2006) ne consistent pas en un évitement, mais permettent de ne pas penser constamment à la maladie comme un élément négatif et sont associées à un meilleur ajustement psychosocial. Seuls Thomas et Marks (1995) trouvent une corrélation négative entre l'auto-distraction et le bien-être des patientes.

#### 3.1.4.1.6. *Les stratégies de coping « positives »*

De façon générale, le fait de positiver (restructuration positive, réévaluation positive, réinterprétation positive, attitude positive, concentration sur le positif) est

associé à une détresse faible et une qualité de vie élevée (Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Thomas et Marks, 1995 ; Cohen, 2002 ; Sears, Stanton et Danoff-Burg, 2003 ; Karademas et al., 2007 ; Al-Azri et al., 2009). Tout comme pour les stratégies de coping centré sur le problème, il semblerait que ce type de stratégie soit plus efficace pour les patientes qui ont de l'espoir (Stanton et al., 2002). Elles permettent aussi de donner du sens à l'expérience du cancer du sein (Jim et al., 2006). En revanche, la pensée positive peut aussi être associée à une santé mentale moindre (Ptacek et al., 1994) et la minimisation de la menace entraîne une détresse élevée et une qualité de vie altérée deux ans après le début du traitement de radiothérapie (Sehlen et al., 2003). Il ne s'agit donc pas de nier la gravité de cette maladie, mais plutôt de retirer des éléments positifs de cette expérience.

#### *3.1.4.1.7. La recherche de soutien social*

Une autre stratégie fréquente est la recherche de soutien social. Elle est fonctionnelle puisque associée à une meilleure adaptation psychosociale (Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Ptacek et al., 1994 ; Heim et al., 1997 ; Karademas et al., 2007) et spirituelle (Jim et al., 2006).

La recherche de soutien peut parfois être tournée vers la religion. Un certain nombre de recherches portent également sur le bénéfice du coping religieux. Les résultats sont discordants d'une étude à l'autre. Feher et Maly (1999) ont mené une étude sur 33 femmes d'obédiences religieuses différentes et atteintes d'un cancer du sein. Ils leur ont posé des questions ouvertes et ont effectué une analyse de contenu de leurs réponses. Selon les patientes, la foi apporterait le soutien nécessaire pour faire face au cancer du sein (91%), du soutien social (70%) et la capacité de donner du sens à leur expérience (64%). D'autres chercheurs ont démontré l'effet bénéfique de cette stratégie. C'est le cas de Gall, Guirguis-Younger, Charbonneau et Florack (2009). Mais le coping religieux serait plus efficace pour les patientes qui sont désespérées face à leur maladie (Stanton et al., 2002). Pour Ben-Zur et al. (2001), le recours à la religion est associé à une détresse élevée et un mauvais ajustement.

#### *3.1.4.1.8. Conclusion sur l'impact des différentes stratégies de coping sur l'ajustement des patientes*

En résumé, il semblerait que l'ensemble des stratégies centrées sur le problème, ainsi que l'acceptation soient des stratégies fonctionnelles pour l'ajustement des patientes atteintes d'un cancer du sein. La prise de distance, le fait de positiver, l'humour et la distraction seraient aussi des stratégies reliées à une détresse faible et une qualité de vie élevée à condition qu'elles n'atteignent pas l'extrême, c'est-à-dire l'évitement ou le déni, qui sont reconnus comme étant des stratégies hautement dysfonctionnelles. Quant aux stratégies émotionnelles apparentées aux émotions négatives (impuissance/désespoir, préoccupations anxieuses...), elles sont, sans surprise, génératrices de détresse psychologique.

Nous pouvons conclure que, si les études ont largement permis de démontrer l'impact positif ou négatif de certaines stratégies de coping, l'influence d'autres stratégies reste à éclairer.

Selon certains auteurs, la communication joue un rôle très important dans le coping et l'ajustement des patientes atteintes d'un cancer du sein (McCaul, 1999). Mais un autre élément essentiel est la réceptivité de l'entourage (Stanton et al., 2000 ; Low et al., 2006 ; Roussi et al., 2007), ce qui rappelle à quel point la prise en compte de l'entourage, et plus précisément du couple, est indispensable. Le paragraphe suivant permettra de confirmer cela.

#### *3.1.4.2. Variables prédictives du coping adopté par les patientes*

Si les études sur l'impact du coping dans l'ajustement au cancer du sein sont nombreuses, celles s'attachant à déterminer quelles variables prédisent l'adoption de telle ou telle stratégie sont plus discrètes.

En référence au modèle transactionnel du stress, le coping est dépendant de l'évaluation que le sujet réalise de la situation stressante. Certaines études ont effectivement confirmé ce lien entre évaluation de la situation (diagnostic de cancer) et choix des stratégies de coping. Selon Francks et Roesch (2006), lorsque le cancer est ressenti comme une menace, les patients ont plutôt tendance à adopter un coping centré

sur le problème. Si le sujet voit la situation comme un défi, il adoptera un coping d'approche ou bien un coping centré sur le problème. Lorsque la situation représente plutôt une perte pour les sujets, ces derniers adoptent un coping évitant. Hilton (1989) s'est aussi intéressé à cette question. Il a mené une étude auprès de 227 patientes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein. Celles qui évaluent leur maladie comme une menace importante (risque perçu de récurrence élevé), et qui rapportent un contrôle perçu faible ont plutôt tendance à être dans l'évitement, à accepter de porter une certaine responsabilité et à ne pas recourir à la réévaluation positive, contrairement à celles qui ont un sentiment de contrôle important, malgré le sentiment de menace, et qui, elles, auront recours à la recherche de soutien social, à la résolution de problème, à l'auto-contrôle, mais aussi à l'évitement. C'est donc surtout l'évaluation secondaire de la situation (en terme de contrôle perçu) qui paraît primordiale dans le choix des stratégies de coping. C'est aussi ce qu'ont démontré Lavery et Clarke (1996) : attribuer sa maladie à des éléments incontrôlables entraîne un plus grand recours à la recherche d'information. Outre le contrôle perçu, le soutien social perçu peut aussi influencer l'adoption de certaines stratégies de coping. Holland et Holahan (2003) ont montré qu'un soutien social perçu comme élevé est associé à l'adoption de stratégies de coping dit d'approche.

Comme décrit dans le modèle de Lazarus et Folkman (1984), les évaluations primaires (en terme de perte, menace ou défi) et secondaires (contrôle perçu et soutien social perçu) influencent donc bien le choix des stratégies de coping. Ce serait aussi le cas de l'âge des patientes et de leur statut marital.

Ainsi, le fait d'être jeune est-il associé à l'adoption de stratégies comme la recherche de soutien social, la concentration sur les aspects positifs, mais aussi la fuite ou l'évitement comportemental (Dunkel-Schetter et al., 1992). Selon Cotton et al. (1999), l'âge est également corrélé négativement avec l'impuissance/désespoir et les préoccupations anxieuses ; et positivement avec le fatalisme.

Enfin, le fait de vivre seul est associé à la recherche de soutien social et à l'évitement et la fuite comportementale (Dunkel-Schetter et al., 1992).

Certaines recherches ont permis de démontrer que la qualité de vie des personnes et leur détresse émotionnelle pouvait aussi influencer le choix des stratégies de coping.

Dans le cas du cancer du sein, les patientes qui rapportent une qualité de vie altérée ont davantage tendance à rechercher du soutien social, à garder leurs émotions pour elles ou encore à adopter une stratégie de pensée positive (Danhauser et al., 2009).

Il semblerait également que le fait de ne pas accepter sa maladie entraîne une détresse post-opératoire élevée, et que cette détresse entraîne en retour l'adoption de stratégies dysfonctionnelles comme le déni et le désengagement comportemental (Carver et al., 1993). Ceci est une illustration concrète de ce qui avait été envisagé dans le modèle de Lazarus et Folkman (1984) comme une « boucle de rétroaction » : les patientes réévaluent la situation stressante (diagnostic de cancer du sein) et les ressources disponibles, ce qui implique la mise en place de nouvelles stratégies. Ceci montre une fois de plus le caractère changeant et adaptatif du coping. Les chercheurs ont donc tout intérêt à l'évaluer à l'aide de mesures répétées dans le cadre d'études longitudinales.

Nous venons donc de voir que le coping influence l'ajustement des patientes à leur maladie et aux traitements, et que les stratégies de coping sont aussi prédites par un certain nombre de variables. Ce lien avec, à la fois, des variables indépendantes (prédicteurs) et des variables dépendantes (ou critères) met le coping dans une position intermédiaire. Il peut donc avoir un effet direct sur certaines variables, mais il peut aussi médiatiser ou modérer la relation entre deux autres variables. C'est ce que nous allons approfondir à présent.

#### 3.1.4.3. Rôles médiateur et modérateur des stratégies de coping

Kim, Han, Shaw, McTavish et Gustafson (2010) ont mené une étude afin de déterminer s'il existait un lien entre le soutien social et les stratégies de coping dans la prédiction du bien-être émotionnel de 231 patientes atteintes d'un cancer du sein. Ils ont donc mis à l'épreuve deux modèles hypothétiques :

- un modèle « modérateur » dans lequel le soutien social et les stratégies de coping interagissent pour influencer le bien-être psychologique. Dans ce modèle, les stratégies de coping sont plutôt considérées comme un style ou un trait de personnalité, c'est-à-dire une tendance à adopter un style de coping particulier, qui ne peut pas être influencée par d'autres variables.

- et un modèle « médiateur » dans lequel les niveaux de soutien social influencent le choix de certaines stratégies de coping. En l'occurrence, les auteurs observent si les

patientes adoptent préférentiellement une stratégie de réévaluation positive ou une stratégie d'auto-accusation. Dans ce modèle, le coping est considéré comme un processus ou un état qui peut être affecté par d'autres variables.

Les résultats de leur étude sont davantage favorables à un effet médiateur des stratégies de coping sur la relation entre le soutien social et le bien-être émotionnel. En effet, la perception des patientes du soutien social qu'elles reçoivent influence le choix de certaines stratégies de coping qui influencent à leur tour le bien-être émotionnel. Dans cette étude, l'effet indirect du soutien social sur le bien-être émotionnel à travers l'auto-accusation est plus marqué que celui à travers la réévaluation positive. L'auto-accusation semble jouer un rôle hautement significatif dans la diminution du bien-être émotionnel quand les patientes reçoivent un soutien social faible, bien plus que la réévaluation positive n'améliore ce bien-être quand les patientes perçoivent un soutien social élevé.

D'autres chercheurs ont déjà démontré le rôle médiateur du coping entre le soutien social et l'ajustement des patientes (Bloom, 1982 ; Trunzo et Pinto, 2003). Holland et Holahan (2003) ont aussi montré, dans une étude auprès de 56 patientes atteintes d'un cancer du sein, que le coping d'approche jouait un rôle médiateur dans la relation entre le soutien social perçu et le bien-être psychologique.

Selon certains auteurs, le coping jouerait également un rôle médiateur entre la variable optimisme/pessimisme et l'ajustement des patientes. Selon Carver et al. (1993), les stratégies de coping en jeu dans cette relation sont l'acceptation, le déni et le désengagement comportemental. Pour Schou, Ekeberg et Ruland (2005), les deux plus importants médiateurs de cette relation sont l'esprit combatif et l'impuissance/désespoir. Ainsi, sur leur échantillon de 165 patientes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein, l'optimisme est associé à une bonne qualité de vie un an après le diagnostic et le pessimisme à une qualité de vie moindre. La relation entre optimisme et qualité de vie est médiatisée par l'esprit combatif, tandis que la relation entre pessimisme et mauvaise qualité de vie est médiatisée par l'impuissance/désespoir. Les auteurs concluent que ces deux stratégies sont stables et qu'elles sont associées au trait de personnalité optimisme/pessimisme.

Alors que les stratégies de coping utilisées par les patientes atteintes d'un cancer du sein ont été largement étudiées, qu'en est-il des stratégies de coping de leur conjoint ?

#### 3.1.4.4. Impact du coping sur la qualité de vie et la détresse émotionnelle des partenaires

Peu d'études portent en réalité sur le vécu du cancer du sein par les conjoints. Celles sur l'impact du coping sont encore plus rares.

Ptacek et al. (1994) ont intégré à leur étude 36 couples dont la femme avait été traitée par radiothérapie dans les trois dernières années. Ces auteurs ont identifié la stratégie la plus utilisée par les partenaires. Il s'agirait du coping centré sur le problème. Les scores des partenaires sur les sous-échelles de coping centré sur le problème restent toutefois inférieurs à ceux des patientes (Ptacek et al., 1994 ; Ben-Zur et al., 2001 ; Hartmann et al., 2007). Ptacek et al. (1994) ont également démontré dans leur étude que la recherche de soutien social était associée à une meilleure santé mentale des partenaires ; leurs scores de recherche de soutien social restant tout de même inférieurs à ceux de leur compagne malade (Ptacek et al., 1994 ; Hartmann et al., 2007), mais les femmes sont toujours plus enclines à rechercher du soutien (Labouvie-Vief et al., 1989 in Hartmann et al., 2007).

En ce qui concerne l'investissement des partenaires envers leur compagne, il semblerait qu'un engagement actif (s'intéresser à sa femme et à sa maladie), qui peut être apparenté à du coping actif, soit corrélé à une détresse moindre pour ces derniers (Hinnen, Hagedoorn, Sanderman et Ranchor, 2007).

Les stratégies de coping émotionnelles et évitantes seraient des stratégies dysfonctionnelles pour les conjoints. Dalton, Nelson, Brobst, Lindsay et Friedman (2007) ont mené une étude sur 45 couples dont la femme a reçu un diagnostic de cancer du sein trois mois auparavant. Un coping évitant prédit un mauvais ajustement des partenaires. Selon Wagner et al. (2006), le coping émotionnel affecte négativement la qualité de vie des conjoints.

L'impact du coping sur l'ajustement des conjoints à la maladie de leur compagne semble assez similaire à celui des patientes elles-mêmes. En effet, les stratégies de coping centré sur le problème seraient fonctionnelles alors que les stratégies plus émotionnelles auraient un impact négatif sur l'ajustement. Les études

montrent également que les partenaires présentent toujours des scores de coping inférieurs à ceux de leur compagne, quelle que soit la stratégie utilisée, comme s'ils étaient moins impliqués dans l'ajustement à la maladie. Des études supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les processus à l'œuvre dans l'ajustement des conjoints à la pathologie de leur compagne.

Nous avons présenté dans la première partie de ce chapitre une vision essentiellement individuelle de l'impact du coping sur l'ajustement des patientes et des conjoints au cancer du sein. Certains chercheurs ont une vision plus relationnelle de ce phénomène. C'est cette approche que nous allons développer dans la deuxième partie de ce chapitre.

### **3.2. Le coping dyadique**

#### 3.2.1. D'une vision individuelle du coping au sein du couple à une vision dyadique

Nous venons de voir que le coping a longtemps été considéré comme un processus individuel qui, dans le cas d'une situation stressante au sein du couple, peut influencer l'ajustement des personnes elles-mêmes, mais aussi l'ajustement de leur conjoint. Revenson (1994) a proposé de tenir compte de la congruence entre les stratégies de coping adoptées par chacun des deux membres du couple. Elle s'est concentrée sur les stratégies de coping individuelles de chacun des partenaires et le degré selon lequel ces stratégies sont congruentes ou divergentes entre les deux membres du couple, la congruence des stratégies de coping étant associée au bien-être personnel, mais aussi à la satisfaction maritale. La congruence peut concerner des styles de coping similaires ou complémentaires, le but étant de combiner ses stratégies de coping pour atteindre un objectif commun. Utiliser des stratégies de coping complémentaires pourraient même être plus efficaces que lorsque les deux membres du couple adoptent des stratégies similaires : les couples ont ainsi un répertoire de stratégies de coping plus large, et les efforts de coping de l'un peuvent renforcer l'efficacité des stratégies de coping de l'autre. Revenson (1994) a donc participé à

l'évolution du concept de coping dans le couple, mais elle est restée sur une vision individuelle.

Coyne et Smith (1991) ont été les premiers à intégrer une stratégie de coping centré sur la relation de couple. Dans une étude sur la détresse de conjointes de patients ayant présenté un infarctus, ils ont défini deux stratégies de coping centré sur la relation de couple : l'*engagement actif* qui consiste à engager le dialogue avec l'autre membre du couple et à essayer de comprendre ses émotions pour étudier la façon de résoudre le problème ; et la stratégie de « *tampon protecteur* » qui se manifeste par des efforts pour soulager émotionnellement l'autre membre du couple en niant ou minimisant ses inquiétudes et sa colère.

Il faudra attendre 1995 pour voir émerger le terme de coping dyadique, sous l'impulsion des travaux de Bodenmann.

### 3.2.2. Description et définition du concept

Guy Bodenmann, dont les travaux portent essentiellement sur la relation de couple, est donc à l'origine de cette expression « coping dyadique ». En 1995, il propose un modèle systémique et transactionnel du stress et du coping dans le couple (*systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples*), basé sur l'approche transactionnelle du stress de Lazarus et Folkman (1984) et sur la théorie systémique, dans laquelle le couple n'est pas considéré comme deux personnes indépendantes mais bien comme une unité, un système dans lequel chaque membre a un impact sur l'autre. Ce modèle permet de prendre en compte deux niveaux : individuel et dyadique. Bodenmann (1995) a décrit les différentes étapes du processus de stress dyadique. Lorsqu'un couple est confronté à une situation stressante, il s'engage, comme décrit dans le modèle de Lazarus et Folkman (1984) dans une série d'évaluations. L'évaluation primaire se décompose en quatre étapes : (1a) chaque partenaire évalue les enjeux de la situation pour son propre bien-être, celui de son conjoint et celui du couple en tant qu'unité ; (1b) il essaie ensuite d'évaluer la perception que son conjoint a de cette même situation pour lui-même, son conjoint et leur couple ; (1c) puis il vérifie que son conjoint s'est intéressé à lui (s'il est bien passé par l'étape 1b) ; (1d) enfin, les deux membres du couple comparent leurs évaluations et tentent de les combiner en vue de coordonner leurs efforts pour affronter la situation.

Au cours de l'évaluation secondaire, les sujets déterminent s'ils sont capables de faire face à la situation (de façon individuelle et en tant que couple). Trois étapes sont nécessaires : (2a) le sujet évalue ses propres ressources, celles de son conjoint et celles de leur couple ; (2b) puis il essaie d'imaginer comment l'autre membre du couple perçoit, de son point de vue, l'ensemble des ressources du couple (aux niveaux individuel et dyadique) ; (2c) enfin, les évaluations secondaires des deux partenaires sont comparées puis coordonnées dans le but d'aboutir à une évaluation commune.

Les évaluations primaire et secondaire de la situation stressante sont donc déterminées par un processus de communication du stress (Bodenmann, 2005) : l'évaluation d'un membre du couple est communiquée (par des signaux verbaux et non-verbaux) à l'autre membre qui perçoit, interprète et décode ces signaux avant de réagir. Plusieurs réactions sont alors possibles : (1) pas d'évaluation : le partenaire n'évalue pas le niveau de stress de son conjoint (par manque de compétences ou de motivation) ; (2) contagion du stress : le partenaire est aussi affecté par la situation stressante ; (3) mise en place de stratégies de coping dyadique positives ou négatives, que nous décrirons plus loin dans ce paragraphe.

Les évaluations primaires et secondaires vont déterminer les stratégies de coping mises en place au niveau individuel, mais aussi au niveau dyadique. Le coping individuel, comme défini dans la théorie transactionnelle du stress, a déjà été décrit dans le paragraphe 3.1. Bodenmann (1995) intègre à son modèle le coping dyadique. Selon lui, le coping dyadique inclut l'ensemble des efforts de l'un ou des deux partenaires pour gérer et faire face aux événements stressants qui affectent un des deux partenaires (stress dyadique indirect) ou les deux membres du couple (stress dyadique). Il englobe les stratégies de coping visant à maintenir ou restaurer l'équilibre structurel, fonctionnel, comportemental, émotionnel et social au sein du couple. En d'autres termes, il vise un état d'homéostasie : étant donné que l'état de tension d'un membre du couple affecte l'autre membre, chaque partenaire a tout intérêt à soutenir l'autre dans le but de garantir l'homéostasie, le bien-être et la satisfaction dans leur relation (Bodenmann, 1997).

Bodenmann (1995) distingue d'abord trois stratégies de coping dyadique positif basées sur la responsabilité du processus de coping dans le couple, c'est-à-dire « qui participe dans le couple au processus de coping » :

- la gestion commune : chaque partenaire participe au processus de coping. Cette gestion commune peut être centrée sur le problème (résolution de problème à deux,

division égalitaire des tâches, recherche d'information conjointe...) ou sur l'émotion (solidarité commune, exercices ou activités à deux, etc.) ;

- le soutien dyadique : il est apporté par l'un des deux membres du couple dans le but de soutenir l'autre qui n'a pas les ressources suffisantes pour faire face. Aide concrète dans les tâches quotidiennes, apport d'informations, compréhension empathique, aide à la réévaluation de la situation, aide à la relaxation, intérêt pour l'autre sont des exemples de stratégies de soutien dyadique centrées sur le problème, pour les deux premières, et centrées sur l'émotion pour les suivantes ;

- le coping dyadique délégué : l'un des deux partenaires prend l'entière responsabilité du processus de coping dans le but de réduire le niveau de stress du partenaire. Il assume par exemple les tâches habituellement gérées par son conjoint. Ce type de coping est la conséquence d'une demande explicite de l'un des membres du couple.

Puis cette taxinomie évolue, et Bodenmann (1997) intègre à son modèle des stratégies de coping dyadique négatives :

- le coping ambivalent : l'un des deux partenaires soutient le premier, il est engagé dans un processus de coping dyadique, mais sans motivation, intérêt, ni respect pour l'autre ;

- le coping dyadique hostile : l'un des deux membres du couple a un discours hostile envers le premier. Cela se manifeste par des moqueries, des sarcasmes, un désintérêt, une minimisation du stress ressenti par le conjoint...

- le coping dyadique superficiel : l'un des deux conjoints est dans une attitude faussée. Il apporte un soutien sans pour autant être authentique : il semble s'intéresser à l'autre mais ne l'écoute pas. Il est dénué de sentiments envers l'autre.

Le modèle de Bodenmann (1997) présente donc l'avantage de tenir compte à la fois du coping dyadique et du coping individuel. L'un et l'autre se situent à des niveaux différents, mais ils sont complémentaires et ont un impact important sur la relation maritale et l'ajustement dyadique à une situation aversive pour le couple. Bodenmann (2005) insiste aussi sur l'importance du processus de communication dans le couple et il intègre à son modèle des stratégies de coping dyadique négatives. Bodenmann ne s'est pas contenté de proposer un nouveau modèle, il a également opérationnalisé le concept de coping dyadique en construisant un outil de mesure. Celui-ci est présenté dans le paragraphe suivant.

### 3.2.3. La mesure du coping dyadique

Coyne et Smith (1991) ont été les premiers à construire une échelle de coping centré sur la relation de couple (Relationship-Focused Coping Scale : RFCS). Elle comporte deux sous-échelles issues de leur conception théorique présentée dans le paragraphe 3.2.1. L'engagement actif est évalué en 12 items (exemple : *s'asseoir et avoir une discussion*) et la stratégie de « tampon protecteur » à l'aide de 16 items (exemple : *nier ou dissimuler ma colère*). Toutefois, elle n'évalue pas le coping dyadique comme défini dans le paragraphe précédent.

Bodenmann (1990, in Bodenmann, 2005) a donc développé un questionnaire permettant d'évaluer le coping dyadique dans toutes ses dimensions : le Fragenbogen zur Erfassung des Dyadischen Copings als Tendenz (FDCT). Cet instrument présente l'originalité d'évaluer les comportements du sujet, mais aussi la perception que le sujet a des comportements de son conjoint. Il a été révisé à plusieurs reprises et il en existe deux versions plus récentes : le FDCT-N (N pour Neue Version) de Bodenmann et Cina (2000) et le Dyadisches Coping Inventar (DCI) de Bodenmann (2008) et Gmelch, Bodenmann, Meuwly, Ledermann, Steffen-Sozinova et Striegl (2008).

Le FDCT-N se compose de 55 items et permet d'évaluer la communication autour du stress et le coping dyadique en 6 sous-échelles : la communication autour du stress, le soutien dyadique apporté au partenaire, le soutien dyadique reçu du partenaire, la gestion commune du stress et le coping dyadique négatif provenant de soi, et provenant du partenaire.

Le DCI se compose, lui, de 37 items et permet d'évaluer 9 sous-échelles dont la communication autour du stress, le soutien dyadique positif, le soutien dyadique négatif, le coping dyadique délégué et la gestion commune.

### 3.2.4. Coping dyadique et cancer

Les études sur le coping dyadique sont encore peu développées, mais il semblerait que, de manière générale, un coping dyadique positif soit associé à un meilleur fonctionnement marital et une plus grande satisfaction conjugale (Bodenmann, 1997 ; Bodenmann et Cina, 2005 ; Bodenmann, 2005). Dans une méta-analyse sur 13 études incluant un nombre total de 783 couples, Bodenmann (2005) trouve que le

coping dyadique explique de 30 à 40% de la variance de la satisfaction maritale, ce qui montre l'intérêt de prendre en compte cette variable.

Plus récemment, Bodenmann, Pihet et Kayser (2006) ont mené une étude auprès de 90 couples en bonne santé qu'ils ont suivi pendant deux ans. Au niveau individuel, des scores élevés de communication, de soutien dyadique et de gestion commune et des scores faibles de coping dyadique négatif sont associés à une meilleure qualité maritale. Au niveau interindividuel, le soutien dyadique est associé à une meilleure qualité maritale uniquement pour les femmes. Et un coping dyadique négatif de la part du partenaire masculin est associé à un fonctionnement marital altéré pour les deux membres du couple. En revanche, la négativité des femmes en terme de coping dyadique ne représente pas un problème pour leur conjoint. Selon les auteurs, cela indiquerait que les femmes sont plus attentives aux comportements de leur conjoint que l'inverse, et que l'investissement du partenaire masculin dans la relation de couple est essentiel pour la satisfaction des épouses.

Quelques études centrées sur la relation de couple ont été menées auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein.

De rares publications intègrent une vision du couple comme une unité. Dans la première, l'auteur a interrogé 20 couples sur leur façon de faire face au cancer du sein en tant que couple (Skerrett, 1998). La plupart des couples font face de façon mutuelle, les deux membres du couple vivent cette expérience ensemble, ils se confient l'un à l'autre et se donnent des conseils. Ils parlent du cancer sans tabou, mais ne se laissent pas dominer par ce sujet de conversation. Certains couples sont toutefois incapables d'unir leurs efforts pour faire face, ils fuient le dialogue et sont envahis par l'anxiété.

La seconde étude, de Morgan, Fogel, Rose, Barnett, Mock, Davis, Gaskins et Brown-Davis (2005), a consisté à interroger 12 couples sur leur façon de gérer le cancer du sein. Six catégories de gestion commune ont été dégagées :

- marcher ensemble
- prier ensemble
- rechercher de l'information et du soutien ensemble,
- avoir confiance ensemble
- s'ajuster ensemble
- être ensemble.

Dans la troisième étude, Picard, Dumont, Gagnon et Lessard (2005) ont mené des entretiens qualitatifs avec 16 couples touchés par le cancer du sein. Quatre thèmes

ressortent avec des stratégies de coping associées. (1) Le premier thème est « l'inconnu. » La stratégie de coping associée consiste à se rendre ensemble aux consultations de manière à obtenir des informations. (2) Le second thème est « la menace de la perte et l'incertitude face à l'avenir. » Pour faire face, les couples renouvellent leur engagement mutuel et s'apportent un soutien mutuel tout en respectant leur intimité émotionnelle. L'ensemble consiste à s'occuper de soi, de l'autre et du couple. (3) Le troisième thème concerne « les transformations physiques et la vie sexuelle. » Le coping associé est une attitude de respect pour permettre à la patiente de développer sa nouvelle image et sa sexualité. (4) Enfin, le dernier thème est « l'organisation du réseau de soutien. » Il s'agit pour le couple d'ajuster les formes et sources de soutien à leurs besoins.

Une autre étude (Zunkel, 2002) a permis d'identifier quatre processus relationnels ou dyadiques dans lesquels chaque partenaire contribue au processus de coping :

- participer à la convalescence de la patiente
- aider la patiente
- aider le retour à la vie normale
- modérer l'intrusion de la maladie.

Les deux premiers processus forment un type que l'auteur appelle « conscience » (pensées, sentiments et émotions des deux membres du couple sont avoués, reconnus) et les deux derniers un type « minimisation » (pensées, sentiments et émotions sont modérés ou minimisés).

Enfin, Kayser, Watson et Andrade (2007) ont intégré à leur étude 10 couples touchés par le cancer du sein. Ils ont interrogé ces personnes sur le stress lié au cancer et les efforts de coping dans le couple. Suite à l'analyse de contenu de ces entretiens, quatre étapes ressortent :

- l'évaluation du stress lié à la maladie
- la communication autour du stress et de la maladie
- la coordination des efforts de coping
- faire du sens de cette expérience.

Il est aussi démontré que la conscience de la relation, l'authenticité et la mutualité sont des éléments essentiels d'un bon processus de coping relationnel. Ces résultats sont résumés et modélisés par les auteurs (Figure 5).

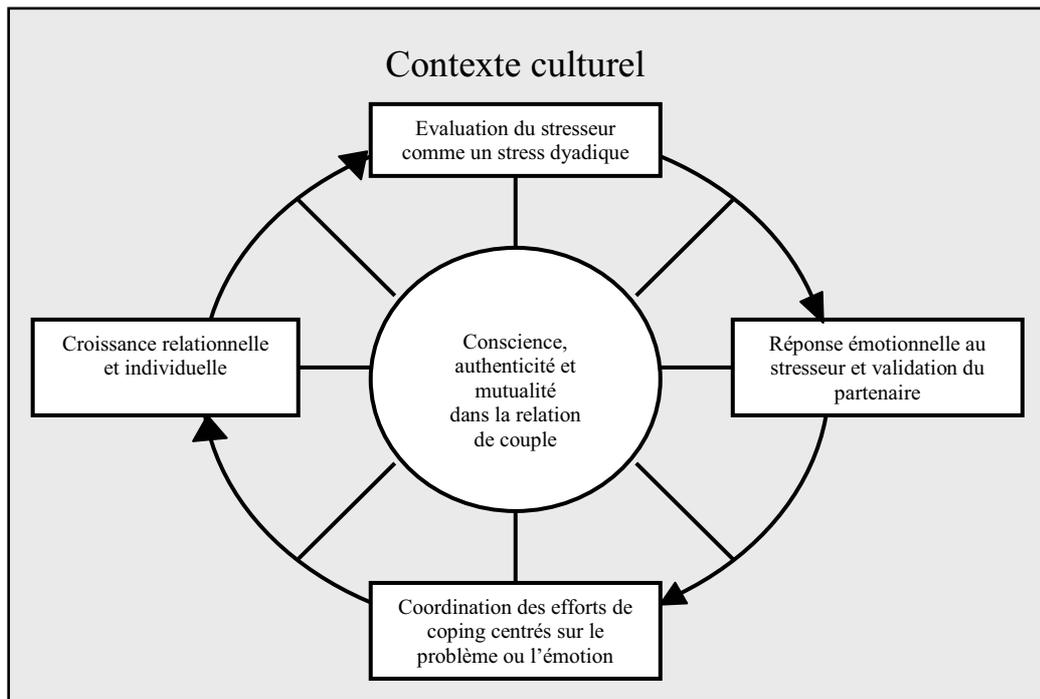


Figure 5 : Processus de coping relationnel adapté de Kayser et al., 2007, p.410.

Deux patterns de coping relationnel sont identifiés par les auteurs. Le premier est nommé « *réponse mutuelle* » et il se caractérise par des niveaux élevés de communication, d'écoute et de coordination. Les auteurs parlent de « *we-stress* » et de « *we-disease* » pour signifier que le couple vit cet événement de façon dyadique, ils sont touchés dans leur unité de couple. Le second pattern est appelé « *évitement désengagé* » : les deux membres du couple vivent la maladie sur un mode individuel, la communication est rare.

Cette analyse du coping dyadique dans le cas du cancer du sein semble très pertinente. Le modèle proposé par les auteurs est adapté à chaque étape de la maladie (annonce, traitements, rémission, récurrence, phase palliative) et le fait de le représenter sous une forme circulaire permet justement cette adaptation.

En ce qui concerne l'impact du coping dyadique ou relationnel sur l'ajustement des patientes, des partenaires ou des deux en tant que couple, les études sur le sujet sont peu nombreuses.

Certaines recherches portent sur l'impact intra-individuel du coping dyadique. Kayser, Sormanti et Strainchamps (1999) ont mené une étude auprès de 49 patientes atteintes d'un cancer du sein, et mères de jeunes enfants. Elles ont été interrogées sur leurs symptômes dépressifs, leurs stratégies de coping centrées sur la relation de couple

et leur mutualité dans la relation de couple (expression bidirectionnelle des sentiments et pensées, relation basée sur l'empathie et l'authenticité). Une mutualité importante et un moindre recours à la stratégie de coping « tampon protecteur » sont associés à un meilleur ajustement psychologique des patientes. Untas, Quintard, Koleck, Borteyrou et Azencot (2009) ont aussi évalué l'impact du coping dyadique sur l'ajustement de 29 patientes à une reconstruction mammaire différée après un cancer. Ils ont mis en évidence l'importance de la communication autour du stress au sein du couple et du recours à un coping dyadique positif sur l'ajustement à la reconstruction mammaire, en termes de qualité de vie et de satisfaction corporelle.

Feldman et Broussard (2005, 2006) ont évalué l'impact du coping dyadique sur l'ajustement de 71 conjoints de patientes ayant récemment reçu un diagnostic de cancer du sein. Un score élevé de coping dyadique hostile chez les conjoints prédit une intrusion importante de la maladie de l'épouse pour le conjoint et donc un mauvais ajustement.

Dans les études portant sur l'impact interindividuel du coping dyadique ou relationnel, les chercheurs se sont surtout concentrés sur l'impact des stratégies de coping utilisées par un membre du couple sur l'ajustement du second. Ainsi, les patientes présentent un meilleur ajustement lorsque leur conjoint utilise un coping centré sur le problème (Ptacek et al., 1994) ou une stratégie d'engagement actif (Kuijjer, Ybema, Buunk, De-Jong, Thijs-Boer et Sanderman, 2000), et des niveaux élevés de détresse psychologique lorsque leur partenaire a recours à la pensée positive (Ptacek et al., 1994), à la résignation (Hannum, Giese-Davis, Harding et Hatfield, 1991) ou à la surprotection (Kuijjer et al., 2000). La façon de faire face des patientes influence aussi l'ajustement des conjoints : le recours à l'optimisme des patientes est associé à des niveaux de détresse élevés pour leur conjoint (Hannum et al., 1991). En revanche, lorsque les patientes rapportent des scores faibles d'évitement et de pensée positive, et des scores élevés de coping centré sur le problème, les conjoints semblent mieux ajustés (Ptacek et al., 1994). Ben-Zur et al. (2001), se sont plutôt attachés à mesurer la congruence entre les stratégies de coping des deux membres du couple, c'est-à-dire le degré d'accord ou de consensus concernant les stratégies de coping entre les deux membres du couple. Ils ont démontré que la détresse des patientes est d'autant plus importante qu'il n'existe pas de congruence entre les stratégies de coping dyadique centré sur l'émotion des patientes et celles des partenaires.

### **3.3. Conclusion**

Nous voyons donc au travers de cette revue de la littérature sur le coping général et le coping dyadique que l'ajustement des patientes et des conjoints est très dépendant des réactions de l'autre membre du couple. Ceci explique certainement le rôle essentiel de la communication dans le couple qui a de nouveau été démontré tout au long de ce troisième chapitre. Certains auteurs ont aussi insisté sur l'importance de la mutualité et de l'authenticité dans la relation conjugale.

Dans le chapitre suivant, nous essaierons de proposer un modèle étant inspiré de modèles théoriques déjà existants et venant en compléter d'autres. Celui-ci aura pour but d'expliquer au mieux l'ajustement individuel et dyadique des couples au cancer du sein, en tenant compte de l'ensemble des variables ayant émergé de notre revue de la littérature sur le sujet.

## **CHAPITRE 4. VERS UN MODELE TRANSACTIONNEL ET DYADIQUE DE L'AJUSTEMENT DU COUPLE AU CANCER DU SEIN**

Ce chapitre sera l'occasion de présenter divers modèles pouvant être adaptés à l'ajustement des couples au cancer du sein. Nous détaillerons dans un premier temps des modèles théoriques très généraux sur l'ajustement à des situations stressantes. Nous exposerons ensuite des modèles spécifiques du fonctionnement interpersonnel. Puis nous nous intéresserons à un modèle appliqué à la pathologie cancéreuse. Notre objectif sera d'élaborer un modèle prenant en compte les nombreuses variables impliquées dans l'ajustement des couples au cancer du sein, que nous avons décrites tout au long des chapitres précédents. Ce modèle nous guidera dans notre recherche empirique.

### **4.1. Le modèle de la Psychologie de la Santé**

La Psychologie de la Santé est une sous-discipline de la Psychologie. Pour Matarazzo, Weiss, Herd, Miller et Weiss (1984, cités par Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994), c'est l'ensemble des savoirs fondamentaux de la psychologie appliqués à la compréhension de la santé et de la maladie.

Dans ce modèle, la notion de stress est centrale. Dans les années 80, un consensus apparaît autour de la définition de Lazarus et Folkman : « transaction entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être » (1984). Le stress est donc un processus qui intègre les stressseurs, les réponses mises en œuvre par le sujet et la relation entre la personne et son contexte.

Selon Sarafino (1990), la Psychologie de la Santé a tenté, d'une part, d'intégrer des modèles antérieurs et a proposé, d'autre part, de mettre à l'épreuve des modèles interactionnistes et transactionnels prenant en compte l'influence réciproque de l'individu sur l'environnement et de l'environnement sur l'individu. Les facteurs contextuels et personnels y sont considérés comme des prédictes ou antécédents.

Le modèle de la Psychologie de la Santé s'est enrichi de l'approche interactionniste en incluant des variables modératrices internes ou externes (stress perçu, anxiété-état, soutien social...) qui moduleraient la relation entre les stressseurs et l'ajustement ultérieur. L'approche transactionnelle a également inspiré ce modèle auquel ont été intégrées des variables médiatrices (stratégies d'ajustement, par exemple). Selon cette perspective, l'individu est un agent actif : il peut, en interprétant la situation et en agissant sur elle, la modifier en retour.

Un modèle explicatif en Psychologie de la Santé est représenté dans la figure 6.

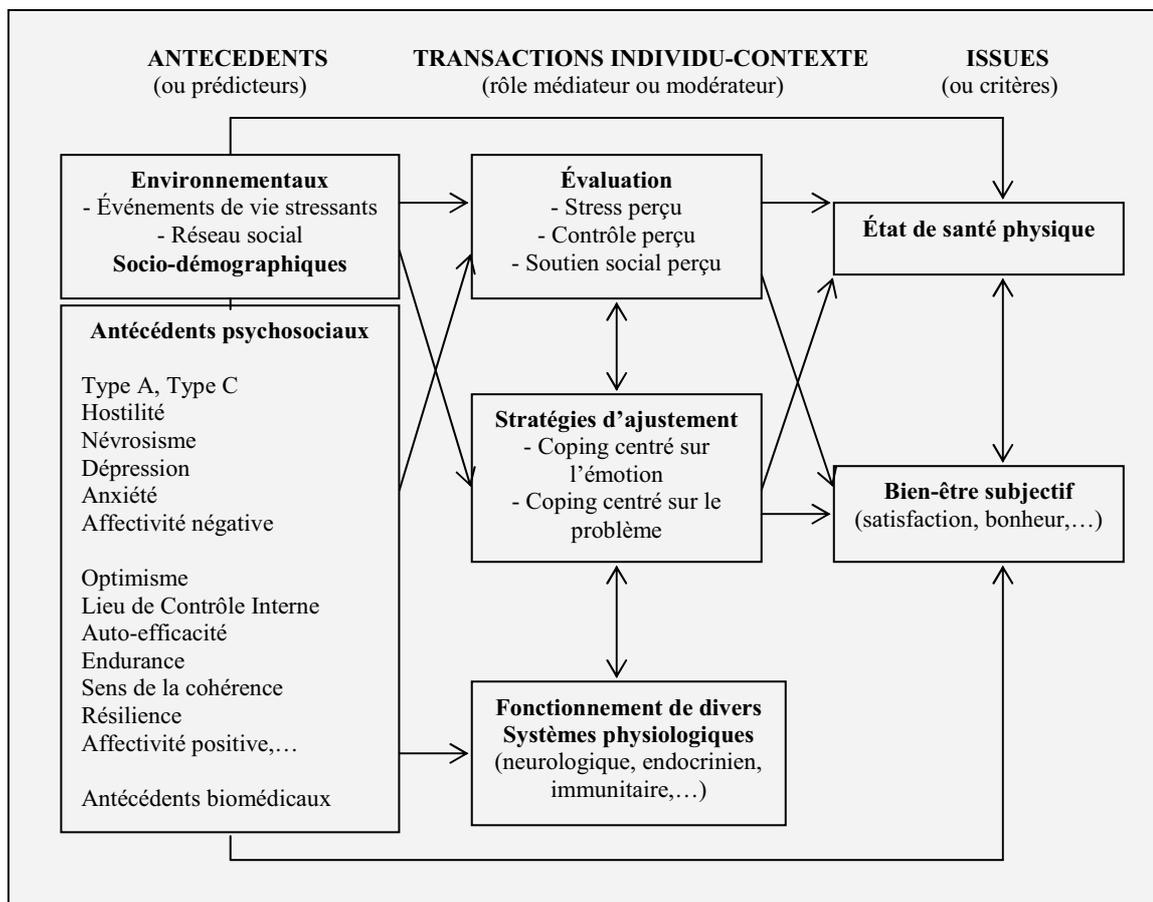


Figure 6 : Un modèle intégratif et multifactoriel en Psychologie de la Santé (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.92)

Ce modèle intégratif et multifactoriel en Psychologie de la Santé a été repris par Cousson-Gélie (2006) qui l'a adapté à la pathologie qu'est le cancer du sein. Elle souligne en effet la pertinence de proposer un modèle spécifique aux patients cancéreux car les stratégies d'ajustement qu'ils emploient sont différentes de celles utilisés par la population générale (non confrontée au cancer). Son modèle permet d'expliquer l'état

de santé ultérieur en intégrant des facteurs de risque psychologiques, sociaux, médicaux et biologiques classiques mais aussi les activités du sujet, véritables transactions élaborées face à la maladie. Elle insiste sur le fait que certains prédicteurs psychosociaux et certains médiateurs comme les stratégies d'ajustement affectent l'ajustement émotionnel des patientes de façon non négligeable. Ce modèle est rapporté ci-dessous (Figure 7).

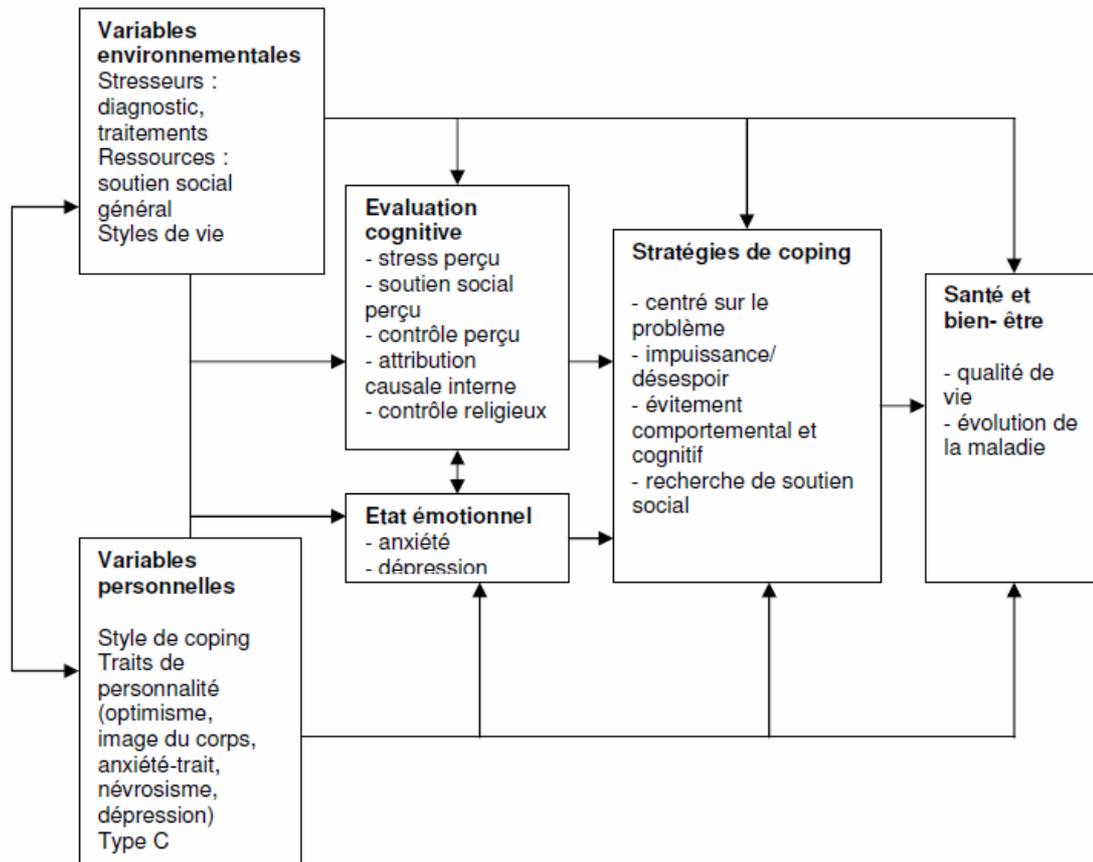


Figure 7 : Un modèle intégratif appliqué au cancer du sein (Cousson-Gélie, 2006, p.84)

Ces premiers modèles semblent adaptés à la situation stressante qu'est le cancer, mais ils présentent l'inconvénient d'être essentiellement individuels et donc centrés uniquement sur le patient.

Nous allons voir à présent qu'il existe des modèles basés sur les relations interpersonnelles.

## 4.2. Les modèles spécifiques du fonctionnement interpersonnel

Plusieurs chercheurs se sont attachés à décrire les fonctionnements interpersonnels. Les modèles qu'ils ont proposés vont être présentés ci-après.

### 4.2.1. Le modèle systémique de santé de Rolland (1987 ; 1994)

Dans l'approche systémique, la personne n'est pas le seul élément analysé : elle est intégrée à différents systèmes (familial, professionnel, social, etc.) qui sont aussi étudiés. Deux auteurs ont développé les thérapies familiales médicales : McDaniel (McDaniel, Hepworth et Doherty, 1992) et Rolland (1994). Ce type de thérapies est centré sur le rôle de la maladie dans la vie du patient et de sa famille et cherche à favoriser une adaptation optimale de la famille aux exigences de la maladie et à son évolution au cours du temps en travaillant simultanément avec le patient, sa famille, les professionnels de santé et les associations dans la communauté (Cook-Darzens, 2005).

Rolland (1987) propose un cadre conceptuel permettant d'appréhender sur un mode systémique l'évolution du système individu-maladie-famille.

Il propose un modèle tridimensionnel permettant de prendre en compte le type de maladie, les différentes phases de la maladie et le fonctionnement familial (Figure 8).

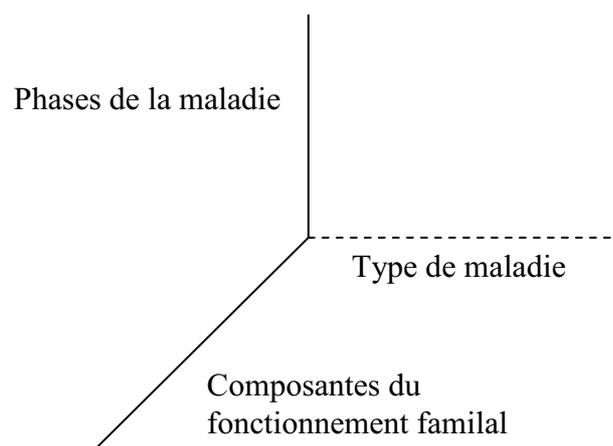


Figure 8 : Modèle tridimensionnel de Rolland (1987, p.483)

Le modèle de Rolland s'appuie donc en premier lieu sur une typologie des maladies et sur des phases-clés dans l'évolution de ces maladies.

- La typologie des maladies s'articule autour de quatre caractéristiques biologiques : le mode de survenue (aigu ou graduel), le mode d'évolution (progressive, constante, ou épisodique/à rechutes), le pronostic (fatal, potentiellement fatal et affectant l'espérance de vie ou non fatal) et l'atteinte fonctionnelle (aucune, légère, modérée ou sévère).

- Trois phases majeures sont décrites : (1) la crise initiale correspondant à la période du diagnostic (premiers symptômes, annonce du diagnostic et initiation des traitements, (2) la phase chronique se caractérise par une constance, une progression ou des changements épisodiques, et (3) la phase terminale incluant la phase préterminale, le décès du malade puis le travail de deuil de la famille.

Rolland inscrit la maladie dans le cycle de vie et insiste sur l'intrication entre les étapes de la maladie et les étapes du cycle de vie. Carter et McGoldrick (1999) ont décrit six phases du cycle de vie familial : (1) le fait de vivre seul (célibataire, jeune adulte), (2) le fait de devenir une famille (mariage ou vie de couple), (3) devenir une famille avec des enfants en bas âge, (4) être une famille avec un ou des enfants adolescents, (5) le fait de se retrouver sans les enfants qui font leur vie de leur côté et (6) le fait de devenir une famille « vieillissante. » Chaque nouvelle étape entraîne généralement des remaniements ou réajustements dans les relations interpersonnelles.

- La troisième dimension intégrée au modèle de Rolland (1987) est le système familial et notamment le système de croyances au sein de la famille. Celui-ci serait constitué de quatre éléments :

- croyances familiales concernant le lieu de contrôle lié à la maladie (croyances sur la maîtrise que la famille pense avoir de la maladie et de son évolution),
- le processus évolutif multigénérationnel face à la maladie et la perte (concerne le passé familial et la manière dont les membres de la famille, y compris les ancêtres, ont réagi aux expériences antérieures relatives à la maladie, à l'invalidité et aux deuils),
- les croyances familiales ethniques, culturelles et religieuses (les patterns familiaux de réaction à la maladie seraient différents en fonction de l'ethnie, de la culture ou de la religion de la famille)
- les croyances familiales à propos de l'étiologie de la maladie (attribution de la maladie à des faits ou conflits familiaux antérieurs, à un des membres de la famille, à la fatalité, au manque de chance, à des facteurs génétiques...)

En 1994, Rolland reprend ce modèle qu'il nomme alors le *Family-Systems Illness (FSI) model*, traduit en français par le modèle systémique de santé. En 2005, il propose un article dans lequel il adapte ce modèle à la pathologie cancéreuse. Il synthétise son modèle dans la figure présentée ci-dessous (Figure 9).

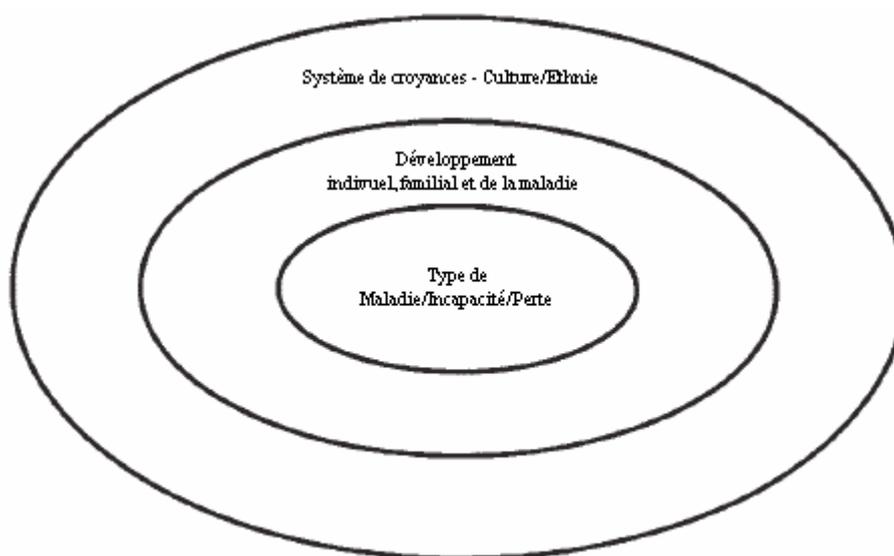


Figure 9 : Le modèle systémique de santé de Rolland (1994, 2005)

Rolland (1987) conseille aux professionnels de santé de prendre en compte le degré de congruence ou de consensus entre les membres de la famille. Les désaccords sont fréquents dans les périodes dites de transition (comme la perte d'autonomie du membre malade de la famille ou encore l'entrée en phase terminale). Un des exemples classiques concerne le retour à domicile du patient en fin de vie : certains membres de la famille s'y opposent parfois formellement alors que ce serait le souhait du malade.

L'intérêt de ce modèle est qu'il prend en compte l'individu comme intégré à un système : la famille. La vision de Rolland se trouve également être longitudinale, ce qui, nous l'avons déjà vu, est essentiel lorsqu'on étudie les réactions à une maladie comme le cancer. En effet, Rolland intègre à son modèle les différentes phases de la maladie et du cycle de vie familial.

Le modèle suivant intègre bien les relations interpersonnelles mais seulement entre les deux partenaires d'un couple.

#### 4.2.2. Le modèle du fonctionnement du mariage de Karney et Bradbury (1995)

Karney et Bradbury (1995) ont décrit un modèle de fonctionnement du mariage (Figure 10) décrivant trois facteurs principaux influençant la qualité de la relation qui, à son tour, affecte la stabilité du couple. Ces trois facteurs correspondent aux vulnérabilités stables (traits de personnalité), aux événements stressants et aux processus adaptatifs (comme les comportements manifestés dans les interactions conjugales).

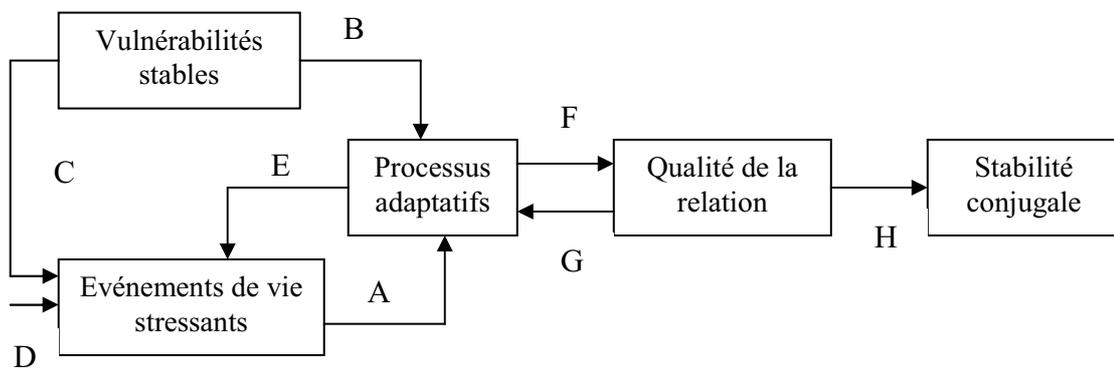


Figure 10 : Modèle vulnérabilité-stress-adaptation des relations conjugales, adapté de Karney et Bradbury (1995)

Les échanges au sein du couple et sa capacité à s'adapter aux situations sont influencés par la nature des événements stressants (A), mais aussi par les vulnérabilités individuelles stables que chacun des deux membres du couple amène dans la relation conjugale (B). Si les événements de vie rencontrés sont souvent le produit du hasard (D), ils peuvent aussi être dépendants de vulnérabilités personnelles comme des expériences passées difficiles, une affectivité négative importante ou une dépression-trait élevée (C). Enfin, les processus adaptatifs du couple, lorsqu'ils sont dysfonctionnels peuvent aussi représenter un risque de rencontrer des événements de vie stressants (E). A l'inverse, des processus adaptatifs fonctionnels peuvent permettre au couple d'éviter davantage de situations stressantes. L'ensemble forme une boucle (A, B, C, D et E).

Ce modèle prend également en compte le lien entre les processus adaptatifs et la qualité de la relation maritale : les comportements échangés entre les partenaires dans un contexte de résolution de problème ont un impact sur la qualité de la relation conjugale (F). Inversement, les jugements individuels concernant la qualité maritale peuvent

augmenter ou diminuer la capacité des couples à s'engager dans une résolution de problème effective (processus adaptatifs) (G). Enfin, de façon très logique, Karney et Bradbury (1995) ont intégré à leur modèle le lien entre la qualité maritale et la stabilité du couple (H). Ainsi, des couples marqués par de nombreux problèmes d'adaptation verraient-ils leur qualité maritale décliner et affecter leur stabilité conjugale.

Ce modèle peut effectivement être adapté à la pathologie cancéreuse : l'événement stressant étant le diagnostic de cancer du sein, les vulnérabilités stables étant représentées par des variables comme le névrosisme ou encore la capacité à exprimer ses émotions, et les processus adaptatifs correspondant aux stratégies de coping (individuelles et dyadiques) et à la détresse émotionnelle.

Malgré tout, ce modèle reste réducteur, incomplet. Il tient essentiellement compte des deux membres du couple (individuellement et en tant qu'entité) et des événements de vie stressants. La dimension sociale est ici totalement niée.

#### **4.3. Un modèle spécifique de l'adaptation des couples au cancer**

Northouse et al. (2001) se sont inspirés du modèle du stress de Lazarus et Folkman (1984), déjà décrit à plusieurs reprises dans notre travail, qu'ils ont adapté à des couples devant s'ajuster à un diagnostic de cancer du sein. Ce modèle tient compte de trois composantes majeures : les antécédents évalués au moment du diagnostic, les médiateurs mesurés deux mois plus tard et les issues à un an du diagnostic (Figure 11).

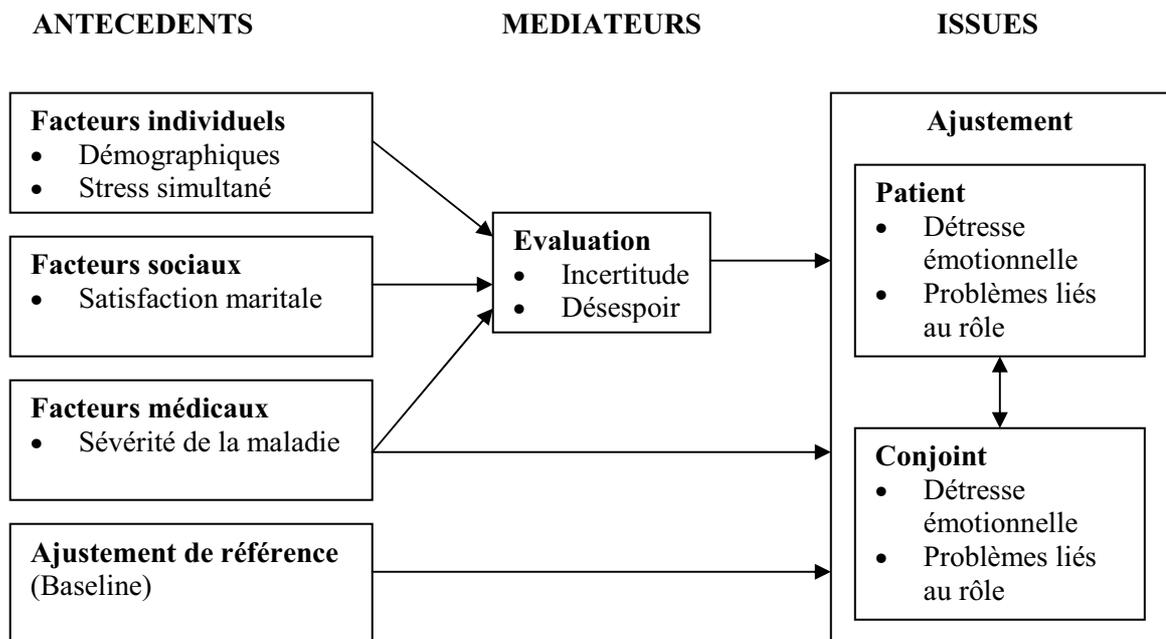


Figure 11 : Prédicteurs de l'ajustement des patientes et conjoints suivant le diagnostic, adapté de Northouse et al. (2001, p.116)

Dans les antécédents, les auteurs incluent quatre types de facteurs différents. Les premiers sont des facteurs individuels :

- des facteurs démographiques comme l'âge ou le niveau d'éducation ;
- le stress simultané ou le nombre d'autres événements de vie stressants rencontrés au cours de la même période.

Ils intègrent aussi un facteur social : la satisfaction conjugale, définie par le degré de satisfaction, de cohésion, de consensus et d'affection rapporté par le couple (Spanier, 1976). Ces deux premières catégories de facteurs affecteraient, selon Northouse et al. (2001), de façon directe l'évaluation de la maladie et de façon indirecte l'ajustement au cancer.

Le troisième type de facteurs concerne les facteurs liés à la maladie. Les auteurs choisissent comme indicateur le degré de sévérité (bénin, malin sans atteinte ganglionnaire, malin avec atteinte ganglionnaire). Celui-ci affecterait de façon directe l'évaluation de la maladie et de façon directe et indirecte l'ajustement au diagnostic de cancer du sein.

Enfin, le niveau d'ajustement rapporté par le couple au moment du diagnostic influencerait directement l'ajustement évalué un an plus tard.

En ce qui concerne les effets indirects, ils seraient médiatisés par deux variables d'évaluation : l'incertitude et le désespoir qui auraient elles-mêmes un impact direct sur l'ajustement des deux membres du couple.

Enfin, dans leur modèle, les auteurs émettent aussi l'hypothèse d'une inter-influence entre l'ajustement des patientes et celui des conjoints à un an du diagnostic.

Northouse et al. (2001) ont testé quatre modèles en équation structurale<sup>9</sup> en prenant successivement comme issue les problèmes liés au rôle pour les patientes puis pour les conjoints, et la détresse émotionnelle des patientes puis de leur conjoint. Les facteurs retenus dans la plupart des modèles sont les stressés simultanés, la sévérité de la maladie, l'ajustement de référence et l'ajustement du partenaire (patiente ou conjoint). Concernant les variables d'évaluation, elles ont bien un effet direct sur l'ajustement du couple, mais elles ne médiatisent pas l'ensemble des relations attendues entre antécédents et issues.

Les auteurs s'accordent à dire que les effets médiateurs de ces variables doivent de nouveau être étudiés et que le nombre des variables prises en compte dans leur modèle est insuffisant. Il peut donc servir de base à de prochains travaux mais demande quelques remaniements.

#### **4.4. Vers un modèle dyadique de l'ajustement des couples au cancer du sein**

Depuis des décennies, les chercheurs s'intéressant aux facteurs influençant l'ajustement des couples (satisfaction conjugale, détresse émotionnelle, qualité de vie) se sont basés soit :

- sur une approche individuelle prenant en compte les caractéristiques de l'individu et de son partenaire ;
- sur une approche dyadique examinant les caractéristiques du couple en tant qu'unité (grâce à l'utilisation d'une variable dyadique commune).

Certains auteurs préconisent la combinaison de ces deux approches que ce soit dans les domaines de la recherche ou de la prise en charge clinique (Reynaert, Libert, Jacques, Godenir et Zdanowicz, 2006 ; Luo, Chen, Yue, Zhang, Zhaoyang et Xu, 2008). Notre revue de la littérature nous a aussi conduite à proposer un modèle qui prenne en compte ces deux approches (individuelle et dyadique). Il s'inspire du modèle intégratif appliqué au cancer du sein de Cousson-Gélie (2006) et prend en compte le système

---

<sup>9</sup> Les équations structurales permettent de tester un modèle multifactoriel hypothétique, les effets de toutes les variables indépendantes étant contrôlés. On vérifie que le modèle testé est compatible avec les résultats.

individu-famille-maladie. Il est aussi adapté du modèle transactionnel et systémique de dyades en Psychologie de la Santé (Figure 12) proposé par Untas (2009).

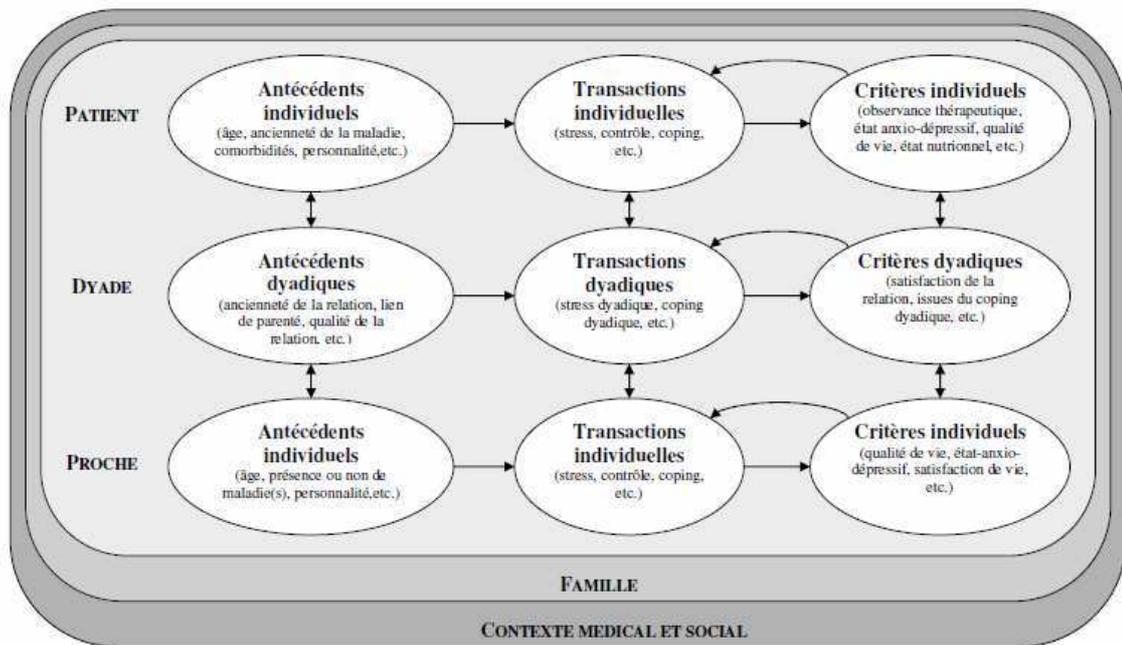


Figure 12 : Proposition d'un modèle transactionnel et systémique de dyades en Psychologie de la Santé (Untas, 2009, p240)

Ce modèle transactionnel et systémique de dyades appliqué au cancer du sein dans le couple est présenté dans la figure 13.

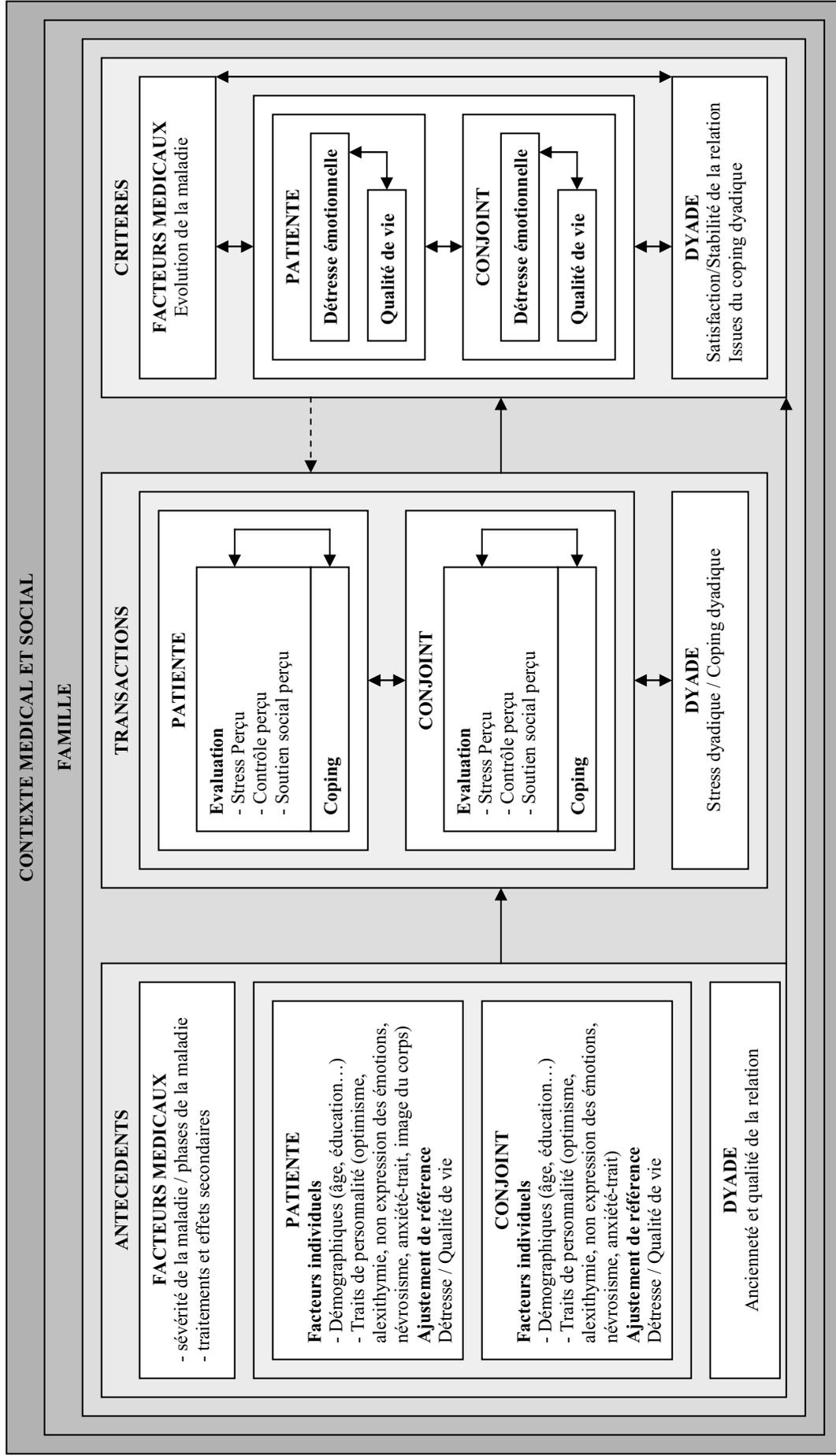


Figure 13 : Modèle transactionnel et systémique de dyades appliqué à l'ajustement du couple au cancer du sein

Ce modèle reprend les antécédents, les variables transactionnelles et les critères du modèle multifactoriel proposé par Bruchon-Schweitzer (2002). Les variables prises en compte sont inspirées de notre revue de la littérature et du modèle de Cousson-Gélie (2006) décrit plus haut.

Ont été intégrés à ce modèle la patiente atteinte d'un cancer du sein, son conjoint et le couple (ou la dyade) qu'ils forment. Patiente, conjoint et dyade ont chacun leurs propres caractéristiques. Patiente et conjoint ont comme antécédents des facteurs individuels démographiques et des traits de personnalité, tandis que pour la dyade nous prendrons en compte l'ancienneté et la qualité de la relation. Les caractéristiques en termes de variables transactionnelles sont le stress perçu, le contrôle perçu, le soutien social perçu et le coping pour la patiente et son partenaire, et le stress et le coping dyadiques pour le couple en tant qu'entité. Enfin, les critères au niveau individuel sont la détresse émotionnelle et la qualité de vie, et la satisfaction et la stabilité de la relation ainsi que les issues du coping dyadique au niveau du couple.

Les facteurs médicaux sont également intégrés à ce modèle comme antécédents (sévérité de la maladie, traitements et effets secondaires) et critères (évolution de la maladie).

Compte tenu de la multiplicité des variables prises en compte dans ce modèle, de nombreuses relations peuvent être étudiées :

- l'impact direct des antécédents sur les variables dites transactionnelles et sur les critères,
- l'impact direct des variables transactionnelles sur les critères,
- le rôle modérateur ou médiateur des variables transactionnelles entre les antécédents et les critères,
- la boucle de rétroaction suggérée par Lazarus et Folkman (1984), à savoir l'évolution des variables transactionnelles suite à l'évaluation des variables transactionnelles adoptées précédemment (fonctionnelles ou dysfonctionnelles),
- les relations entre les variables transactionnelles et les critères des patientes et les variables transactionnelles et les critères des conjoints,
- les relations entre les variables transactionnelles et les critères des patientes et conjoints et les variables transactionnelles et les critères de la dyade,
- les relations entre les variables transactionnelles individuelles et les variables transactionnelles dyadiques,
- les relations entre les critères individuels et les critères dyadiques,

- les relations entre les stratégies de coping et les variables évaluatives (stress, contrôle et soutien social perçus) d'une même personne (patiente ou conjoint),
- les relations entre la détresse émotionnelle et la qualité de vie d'une même personne (patiente ou conjoint).
- Les relations entre les facteurs médicaux et les antécédents, variables transactionnelles et critères individuels et dyadiques.

Certaines de ces relations peuvent être examinées tant au niveau individuel que dyadique, d'autres essentiellement à un niveau interindividuel et dyadique et d'autres seulement sur un plan intra-individuel (patiente ou conjoint).

Ce quatrième chapitre ferme notre première partie consacrée à une revue de la littérature sur le thème du cancer du sein et des modalités d'ajustement du couple face à cet événement de vie hautement stressant. Il nous a permis de présenter les modèles qui nous semblaient les plus pertinents pour expliquer l'ajustement des couples à cette pathologie chronique, et d'en proposer un nouveau regroupant les approches transactionnelle et systémique. Ainsi, le couple en tant qu'entité est-il pris en compte au même titre que la patiente et le conjoint, en tant qu'individus.

## CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Notre revue de la littérature nous a amenée à concevoir l'ajustement des couples au cancer du sein comme un processus continu. En effet, chaque étape de la maladie représente un temps à part entière et une adaptation spécifique (Rolland, 2005). La détresse émotionnelle, la qualité de vie, le soutien social et les stratégies de coping des patientes et des partenaires évoluent également de la phase diagnostique à plusieurs années après la fin des traitements (Carver et al., 1993 ; Ganz et al., 1996 ; Heim et al., 1997 ; Kornblith et Ligibel, 2003 ; Roussi et al., 2007 ; Costanzo et al., 2007). Certains couples rapportent encore des niveaux de détresse élevés et des besoins importants en terme de soutien social alors que la patiente est considérée comme en rémission depuis des années (Hodgkinson et al., 2007a, 2007b). Ainsi, les recherches longitudinales avec des mesures répétées, tenant compte des phases clé de la maladie cancéreuse, semblent-elles être les plus adaptées à l'étude d'un tel sujet. Pourtant, elles sont encore peu nombreuses de nos jours car très contraignantes pour les chercheurs.

D'après l'ensemble des travaux analysés, nous avons pu constater que les recherches sur le cancer du sein ont longtemps été centrées sur le vécu des patientes. Récemment et dans une moindre mesure, les chercheurs se sont intéressés à l'impact de cette maladie sur leur premier aidant naturel : le conjoint. Toutefois, la plupart des études porte sur le vécu individuel, celles menées en parallèle sur les patientes et leur conjoint restent encore rares. Il paraît pourtant indispensable de passer d'une dimension individuelle à une dimension interindividuelle ou dyadique, car il semblerait que ce que vit chaque partenaire influence l'état psychologique et les stratégies de coping de l'autre (Northouse et al., 2001 ; Segrin et al., 2005 et 2007 ; Kim et al., 2007).

Si les couples s'ajustent plutôt bien au cancer du sein (relations conjugales souvent préservées ou renforcées), leurs besoins d'un soutien marital élevé et leurs efforts d'adaptation semblent constants (Holmberg et al., 2001). Notre revue de la littérature a fait émerger plusieurs concepts correspondant à des comportements fondamentaux pour un bon ajustement dyadique à la maladie chronique :

- communication (Hilton, 1993 ; Foy et Rose, 2001 ; Bodenmann, 2005 ; Kornblith et al., 2006 ; Libert et al., 2006 ; Manne et al., 2006 ; Kayser et al., 2007),
- empathie (Pistrang et al., 1995 et 1997 ; Wai Ming, 2002),
- mutualité (Skerett, 1998 ; Kayser et al., 1999 et 2007)
- gestion commune (Bodenmann, 1995 ; Morgan et al., 2005).

Ces différents constats nous montrent à quel point il devient primordial de prendre en compte l'ajustement des patientes, des conjoints ainsi que du couple qu'ils forment, en d'autres termes : le « Je-Tu-Nous » décrit par Reynaert et al. (2006). Leur ajustement devrait être évalué de façon longitudinale, à l'aide d'approches transactionnelles et systémiques. C'est ce que nous nous proposons de réaliser à travers l'étude que nous présenterons dans la partie suivante. Celle-ci sera basée sur le modèle transactionnel et systémique de dyades appliqué à l'ajustement du couple au cancer du sein que nous avons proposé au chapitre précédant. Toutefois, notre objectif ne sera pas de valider l'ensemble de ce modèle. Nous nous attacherons plutôt à tester quelques relations qui le composent.

La suite de ce travail se présentera sous la forme de deux objectifs :

- mieux comprendre l'évolution de l'ajustement des patientes et de leur conjoint, ainsi que les différences interindividuelles, en fonction des phases de la maladie,
- étudier simultanément l'influence du conjoint sur la patiente et, inversement, de la patiente sur son partenaire.

**DEUXIEME PARTIE. METHODOLOGIE DE LA  
RECHERCHE**

L'analyse des données de la littérature, portant sur l'influence des différents facteurs sociobiographiques, médicaux et psychologiques sur l'ajustement des patientes et des conjoints à un cancer du sein, nous montre la pertinence d'étudier l'impact d'une maladie chronique sur le couple à l'aide d'une conception multifactorielle, transactionnelle et systémique.

Cette deuxième partie sera consacrée à la présentation de notre recherche au travers des objectifs et hypothèses de départ, des critères d'inclusion et d'exclusion de la population, des différentes étapes de l'étude et outils choisis pour l'élaboration de ce travail et des diverses techniques d'analyses qui seront utilisées. Enfin, notre population sera décrite et des études comparatives seront menées afin de vérifier l'homogénéité de notre échantillon.

# **CHAPITRE 1. OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE LA RECHERCHE**

## **1.1. Objectifs de la recherche**

Notre but est tout d'abord de mieux connaître l'évolution dans le temps de différentes variables liées à l'ajustement des couples au cancer : le soutien social, les stratégies de coping, la détresse émotionnelle, la qualité de vie et l'ajustement dyadique. Nous nous intéresserons également aux différences existant entre l'ajustement des patientes et celui des conjoints.

Notre recherche aura aussi pour objectif d'étudier le rôle des facteurs psychosociaux dans l'ajustement des deux membres du couple en fonction des étapes de la maladie, dans une perspective individuelle puis dyadique (influence du conjoint sur la patiente et de la patiente sur le conjoint).

Nous ne nous sommes pas fixé d'obtenir des résultats généralisables à l'ensemble des couples touchés par le cancer du sein, mais plutôt de décrire des différences interindividuelles sur les facteurs considérés.

## **1.2. Hypothèses et modèle général de la recherche**

### **1.2.1. Hypothèse générale**

L'hypothèse générale qui a guidé notre travail peut être formulée de la manière suivante :

L'ajustement des deux membres du couple à un cancer du sein évolue dans le temps en fonction des étapes de la maladie et peut être prédit par plusieurs facteurs :

- les caractéristiques de la patiente (antécédents socio-démographiques, médicaux et psychosociaux, variables transactionnelles),
- les caractéristiques du conjoint (antécédents socio-démographiques et psychosociaux, variables transactionnelles).

### 1.2.2. Hypothèse 1 (H1) de type développemental

La détresse émotionnelle, la qualité de vie, l'ajustement dyadique, le soutien social et les stratégies de coping des patientes et de leur conjoint évoluent selon les différentes phases de la maladie.

Du côté des patientes, la qualité de vie se détériore durant les traitements puis s'améliore progressivement. La détresse émotionnelle et l'ajustement dyadique restent stables tout au long du suivi. Le soutien social et le recours aux stratégies de coping s'atténuent avec le temps.

Les caractéristiques des partenaires suivent une évolution parallèle à celle des patientes.

### 1.2.3. Hypothèse 2 (H2) de type comparatif

Les patientes rapportent une qualité de vie physique et un ajustement dyadique plus altérés mais aussi une détresse émotionnelle moins importante et une qualité de vie mentale moins altérée que les conjoints. Leurs scores moyens aux sous-échelles de soutien social et de stratégies de coping sont en revanche supérieurs à ceux de leur conjoint. Enfin, les partenaires contrôlent davantage leurs émotions que les patientes.

Les scores des patientes et des partenaires sont corrélés de façon positive pour l'ensemble des variables de l'étude.

### 1.2.4. Hypothèse 3 (H3) : les prédicteurs de l'ajustement au cancer du sein

#### 1.2.4.1. Hypothèse 3a (H3a) de type inférentiel et intraindividuel

- Patiente → Patiente : Le contrôle émotionnel, la détresse émotionnelle, le soutien social négatif et certaines stratégies de coping (coping centré sur l'émotion, impuissance/désespoir, préoccupations anxieuses, évitement, déni) des patientes ont des effets négatifs sur leur ajustement ; tandis que les autres types de soutien (émotionnel, matériel et distractif et informatif) et de coping (centré sur le problème ou sur la recherche de soutien, esprit combattif), la qualité de vie et l'ajustement dyadique ont des effets positifs sur l'ajustement des patientes.

- Conjoint → Conjoint : Le contrôle émotionnel, la détresse émotionnelle, le soutien social négatif et le coping centré sur l'émotion des conjoints ont des effets négatifs sur leur propre ajustement ; tandis que les autres types de soutien (émotionnel, matériel/distractif et informatif) et de coping (centré sur le problème ou sur la recherche de soutien), la qualité de vie et l'ajustement dyadique ont des effets positifs sur l'ajustement.

#### 1.2.4.2. Hypothèse 3b (H3b) de type inférentiel et interindividuel ou dyadique

- Conjoint → Patiente : Le contrôle émotionnel, la détresse émotionnelle, le soutien social négatif et le coping centré sur l'émotion des conjoints ont des effets négatifs sur l'ajustement de leur compagne ; tandis que les autres types de soutien (émotionnel, matériel/distractif et informatif) et de coping (centré sur le problème ou sur la recherche de soutien), la qualité de vie et l'ajustement dyadique des conjoints ont des effets positifs sur l'ajustement des patientes.

- Patiente → Conjoint : Le contrôle émotionnel, la détresse émotionnelle, le soutien social négatif et certaines stratégies de coping (coping centré sur l'émotion, impuissance/désespoir, préoccupations anxieuses, évitement, déni) des patientes ont des effets négatifs sur l'ajustement de leur conjoint ; tandis que les autres types de soutien (émotionnel, matériel/distractif et informatif) et de coping (centré sur le problème ou la recherche de soutien, esprit combatif), la qualité de vie et l'ajustement dyadique des patientes ont des effets positifs sur l'ajustement des conjoints.

#### 1.2.5. Hypothèse 4 (H4) de type inférentiel, intraindividuel et dyadique : les prédicteurs des stratégies de coping

Certaines caractéristiques individuelles de chacun des membres du couple ont une influence sur l'adoption de leurs stratégies de coping respectives (Patiente → Patiente ; Conjoint → Conjoint ; Conjoint → Patiente ; Patiente → Conjoint).

Le contrôle émotionnel, la détresse émotionnelle et le soutien social négatif ont des effets négatifs sur certaines des stratégies de coping (esprit combatif, coping centré

sur le problème et recherche de soutien social) et des effets positifs sur d'autres (coping centré sur l'émotion, impuissance/désespoir, préoccupations anxieuses, évitement et dénégation). L'ajustement dyadique et les autres types de soutien (émotionnel, matériel et distractif et informatif) ont des effets positifs sur l'esprit combatif, le coping centré sur le problème et la recherche de soutien social et des effets négatifs sur le coping centré sur l'émotion, l'impuissance/désespoir, les préoccupations anxieuses, l'évitement et la dénégation.

#### 1.2.6. Hypothèse 5 (H5) de type inférentiel, intraindividuel et dyadique : les prédicteurs du soutien social spécifique au cancer

Certaines caractéristiques individuelles de chacun des membres du couple ont une influence sur leurs scores de soutien social respectifs (Patiente → Patiente ; Conjoint → Conjoint ; Conjoint → Patiente ; Patiente → Conjoint).

Le contrôle émotionnel et la détresse émotionnelle ont des effets positifs sur le soutien négatif et des effets négatifs sur les autres types de soutien (émotionnel, matériel et distractif, et informatif) ; tandis que l'ajustement dyadique a des effets négatifs sur le soutien négatif et des effets positifs sur les soutiens émotionnel, matériel et distractif et informatif.

Nous avons repris le modèle proposé dans le Chapitre 4 de notre première partie (modèle transactionnel et systémique appliqué à l'ajustement du couple au cancer du sein) pour y figurer les hypothèses 1, 3, 4 et 5 (Figure 14). Le modèle général de cette étude n'intègre en effet que certaines variables du modèle transactionnel et systémique appliqué à l'ajustement du couple au cancer du sein. Ces variables sont indiquées en rouge. Reprendre la totalité des variables représentait un travail de trop grande envergure et demandait d'intégrer un nombre beaucoup plus important de patientes et de couples.

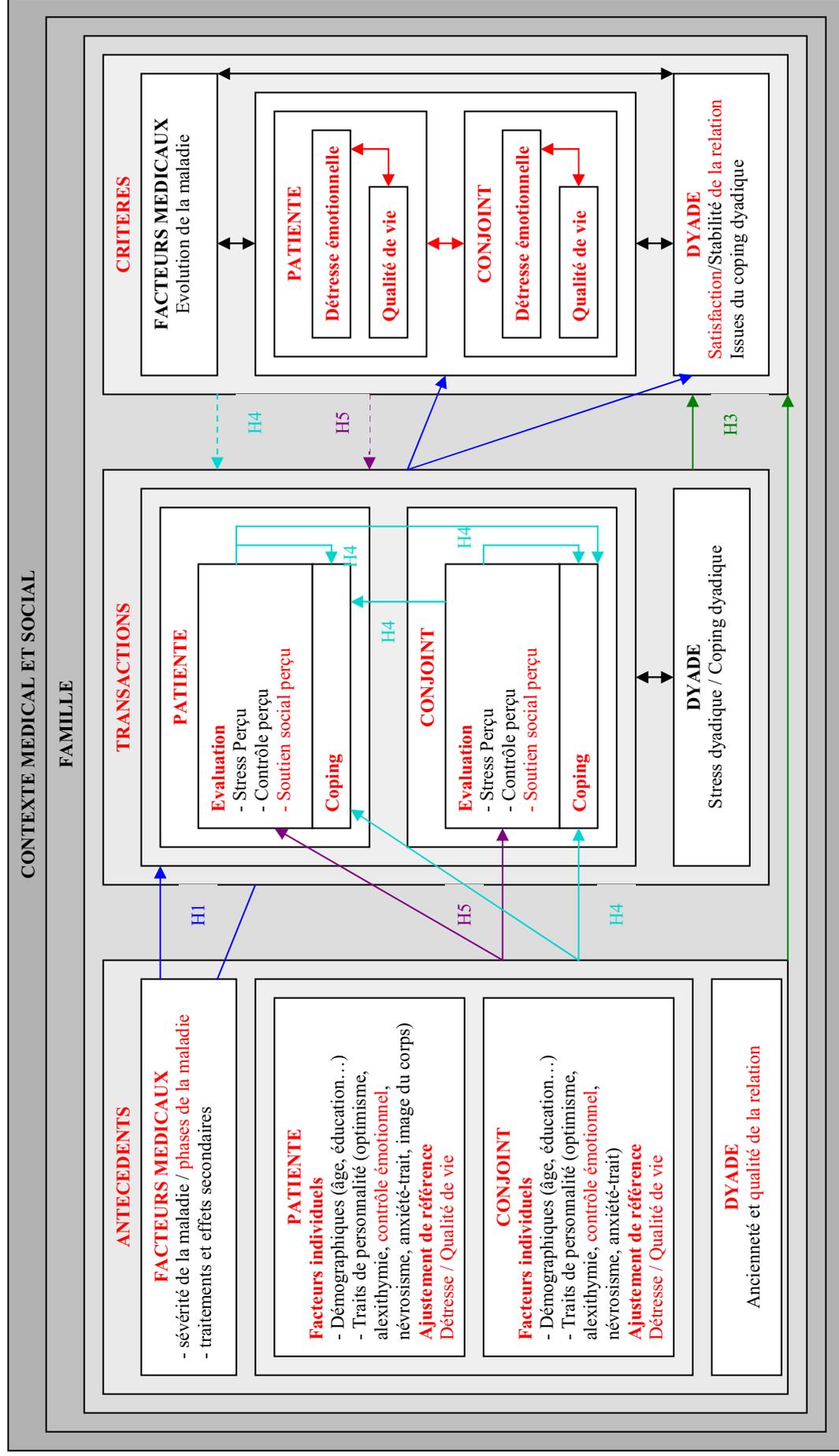


Figure 14 : Modèle général de l'étude inspiré du modèle transactionnel et systémique appliqué à l'ajustement du couple au cancer du sein

## CHAPITRE 2. POPULATION D'ETUDE ET PROCEDURE

### 2.1. Population d'étude

#### 2.1.1. Les patientes

Cette étude a été proposée dans différents services d'oncologie et de radiothérapie de Gironde (Hôpital Saint André, clinique Tivoli et polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine à Bordeaux, Hôpital Robert Boulin à Libourne) à des couples dont la femme était atteinte d'un cancer du sein, et répondait à un certain nombre de critères qui sont présentés dans le Tableau 10. Le recrutement s'est déroulé entre octobre 2005 et août 2008 et les suivis ont été clôturés au mois d'avril 2009.

La recherche a débuté à l'hôpital Saint André, à la clinique Tivoli et à l'hôpital Robert Boulin en octobre 2005, puis elle s'est étendue à la polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine en mars 2006.

Tableau 10 : Critères d'inclusion et d'exclusion à la participation à l'étude

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
femmes atteintes d'un cancer du sein non métastatique ayant subi / devant subir une intervention chirurgicale dans un but curatif en traitement adjuvant après la chirurgie (chimiothérapie et/ou radiothérapie) ou néo-adjuvant (traitement précédant la chirurgie) âgées de 18 à 80 ans vivant en couple et dont le partenaire est de sexe masculin <sup>10</sup> ayant signé un consentement éclairé pour la participation à l'étude.	antécédent personnel de cancer antécédents psychiatriques avérés participation à une autre étude en cours

Nous avons aussi proposé la participation à cette étude à des patientes vivant seules, dans le but de disposer d'un « groupe contrôle » dont nous pourrions comparer les résultats aux questionnaires avec les patientes vivant en couple. Cette comparaison nous permettra essentiellement de contrôler la variable « couple ».

Sur les 216 patientes repérées pour cette étude, 11 patientes (5%) ont été exclues, 3 présentaient des symptômes psychiatriques, 2 étaient déjà intégrées à d'autres protocoles de recherche et 6 ont été exclues pour raison médicale : récurrence de cancer,

<sup>10</sup> Des études ont été menées dans le but de comparer l'ajustement au cancer du sein de patientes hétérosexuelles à des patientes lesbiennes et montrent des différences significatives entre les deux types de population, notamment sur l'image du corps, le soutien social et les soins médicaux (Fobair, O'Hanlan, Koopman, Classen, Dimiceli, Drooker, Warner, Davids, Loulan, Wallsten, Goffinet, Morrow et Spiegel, 2001 ; Matthews, Peterman, Delaney, Menard et Brandenburg, 2002 ; Arena, Carver, Antoni, Weiss, Ironson et Durán, 2006).

antécédents de cancer, étendue métastatique de la maladie), 14 (6,5%) n'ont pas pu être rencontrées (perdus de vue, impossibilité de les contacter, absentes aux rendez-vous) et 32 (14,8%) ont refusé. 159 patientes ont donc été intégrées à l'étude. Parmi elles, 112 vivent en couple et 47 vivent seules. Le détail des inclusions des patientes ainsi que les motifs de refus sont synthétisés dans la Figure 15.

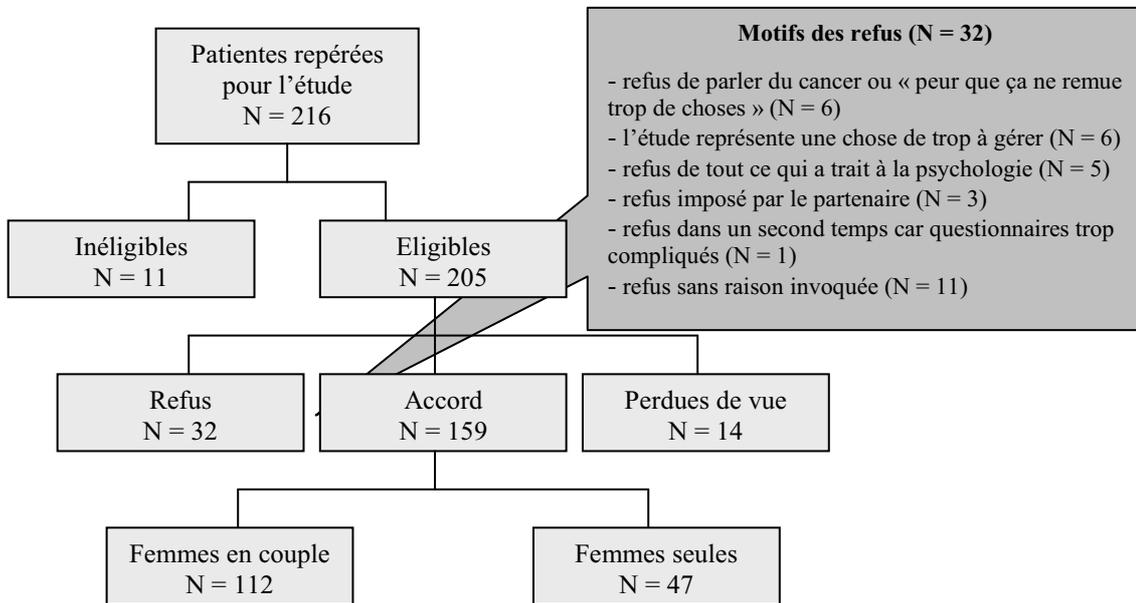


Figure 15 : Détail du recrutement des patientes

### 2.1.2. Les conjoints

La participation à l'étude a aussi été proposée aux 112 conjoints des patientes vivant en couple. 34 (30,4%) ont refusé de participer et 2 (1,8%) n'ont pas pu intégrer l'étude : le premier était trop lourdement handicapé et le second était militaire en mission à l'étranger. 76 conjoints ont donc été intégrés à l'étude (Figure 16). Les refus des conjoints nous ont été livrés par les patientes qui ont finalement participé seules à l'étude. Il n'a donc pas été possible de recueillir les motifs de refus des partenaires.

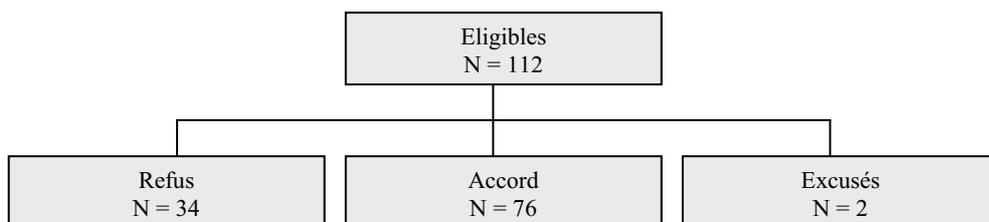


Figure 16 : Détail du recrutement des partenaires

### 2.1.3. Discussion sur la population d'étude

Au final, l'échantillon global se constitue de 159 patientes (112 vivant en couple et 47 vivant seules) et 76 conjoints.

Concernant le taux de refus des patientes, il reste proche de celui décrit par d'autres auteurs travaillant sur le même type de population (Dorval et al., 2005).

Il est en revanche difficile de comparer le taux de refus des conjoints de notre étude à celui d'autres recherches car ces chiffres sont disparates d'un article à l'autre. Dans l'étude de Baider, Andritsch, Goldzweig, Uziely, Ever-Hadani, Hofman, Krenn et Samonigg (2004), le taux de refus des partenaires était de 50,7% parmi les conjoints de leur premier échantillon et de 31,7% parmi ceux du second. En revanche, Dorval et al. (2005) rapportent un taux de refus chez les conjoints extrêmement faible puisqu'il n'est que de 9% sur un échantillon total de 282 couples.

Si l'on se réfère aux articles contenant les taux de refus des couples approchés pour participer à des recherches sur le vécu du cancer du sein (Dalton et al., 2007 ; Mantani et al., 2007 ; Hinnen et al., 2007 ; Hinnen et al., 2008), ces taux s'échelonnent de 28,4% à 68%.

Les motifs de refus retrouvés dans notre étude sont similaires à ceux recueillis par Hinnen et al. (2008).

## 2.2. Déroulement de la recherche

Cette recherche semi-prospective s'est déroulée en six étapes s'étalant du début du traitement adjuvant ou néo-adjuvant à 6 mois après la fin de ce traitement. Le temps de suivi des participants a donc été d'environ 7 mois pour les couples dont la femme a été traitée par radiothérapie et d'environ 9 mois pour ceux dont la femme a reçu une chimiothérapie. Les différents temps de l'étude sont décrits ci-dessous.

\* Le moment T1 : Le médecin a reçu en consultation d'annonce les patientes. Il leur a présenté le traitement et ses effets secondaires. Ce temps est aussi l'occasion de présenter l'étude, remettre la note d'information (voir annexe 1) et recueillir le consentement éclairé (voir annexe 2).

Lors de la première cure de chimiothérapie ou de la première séance de radiothérapie (selon le type du premier traitement adjuvant), les patientes ayant accepté de participer à l'étude ont été reçues par une psychologue. Lorsque les patientes étaient en couple et que le conjoint avait accepté de participer, chaque membre du couple a été reçu séparément. Dans le cadre d'un entretien structuré, différentes variables psychologiques ont été évaluées : contrôle émotionnel, qualité de vie, ajustement psychologique, ajustement dyadique, stress perçu, soutien social perçu, stratégies de coping utilisées face à la maladie.

\* Les moments T2 et T3 : Durant les traitements et à la fin des traitements, une série de questionnaires a été complétée par les deux conjoints (séparément) lors d'un entretien structuré. Ceux-ci portaient sur l'ajustement dyadique, le soutien social perçu, les stratégies de coping, l'ajustement psychologique et la qualité de vie. Pour les patientes n'ayant qu'un traitement par radiothérapie, il a été jugé inutile de compléter les questionnaires en T2, le temps entre T1 et T3 étant déjà très court pour ces patientes (5 semaines) comparé aux patientes traitées par chimiothérapie (entre 12 et 18 semaines).

\* Les moments T4, T5 et T6 : Respectivement, un, trois et six mois après le premier traitement adjuvant, une évaluation similaire aux moments T2 et T3 a eu lieu.

Les différents temps de l'étude sont récapitulés dans la figure 17.

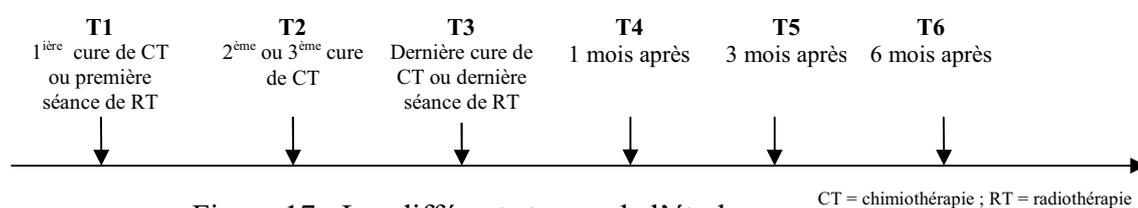


Figure 17 : Les différents temps de l'étude

Les temps de mesure étant nombreux (N=6), nous déplorons de nombreux manques (questionnaires non complétés ou non retournés) et abandons. Ceux-ci sont récapitulés dans les Figures 18 et 19.

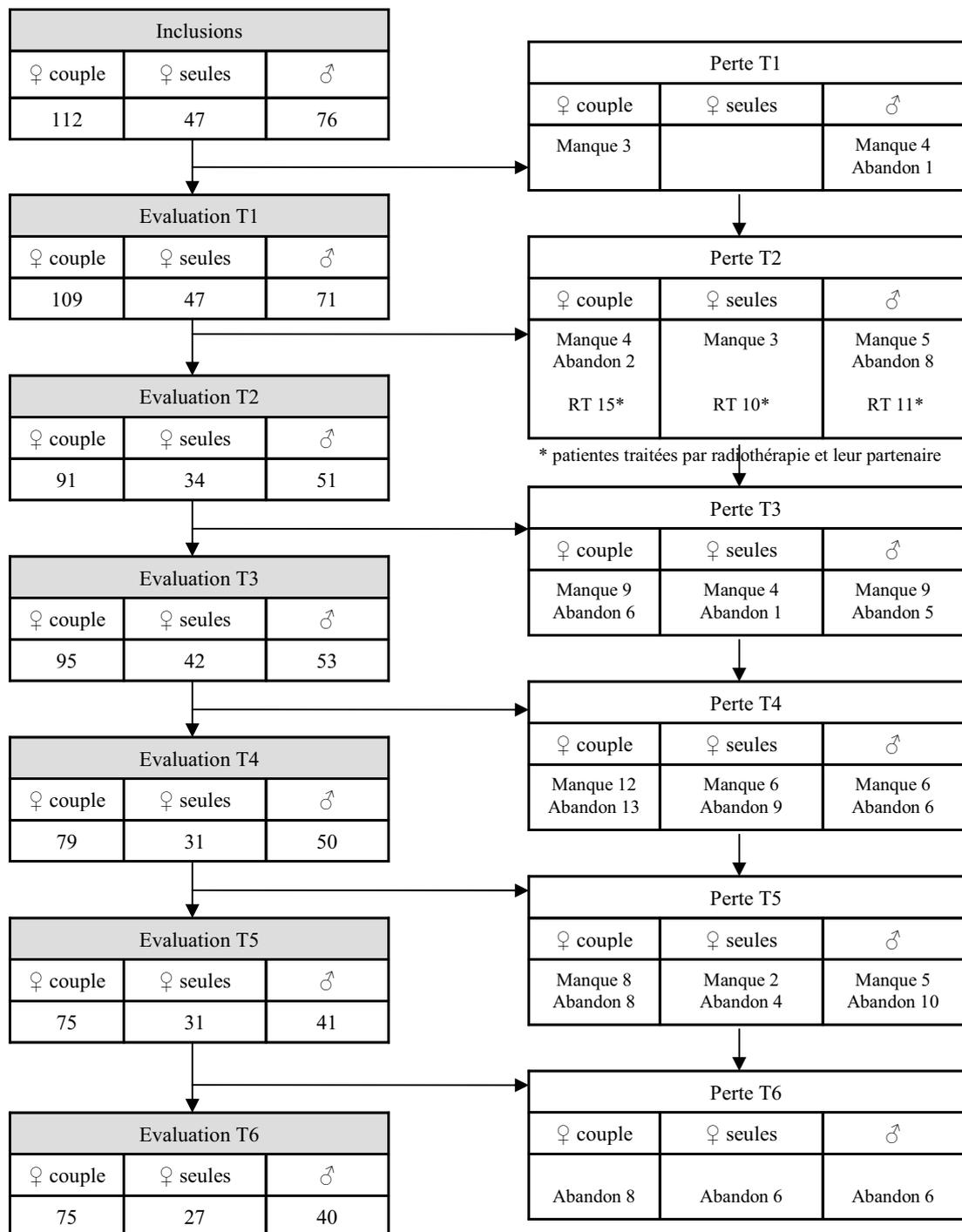


Figure 18 : Récapitulatif de la participation de l'échantillon total

Sur l'ensemble de l'échantillon, 35,85% des patientes (N=37 femmes en couple + 20 femmes seules) et 47,37% des conjoints (N=36) ont abandonné leur participation à l'étude. Nous avons recherché s'il existait des différences entre les personnes ayant poursuivi leur participation à l'étude et celles ayant abandonné. Il apparaît que les personnes ayant abandonné présentent un niveau d'étude inférieur à celui des sujets ayant poursuivi la recherche ( $p < 0,05$ ). Millar et al. (2005) et Vahdaninia et al. (2010)

ont également montré que les personnes ayant quitté leur étude étaient significativement plus âgées et appartenait à des catégories sociales inférieures par rapport aux sujets ayant poursuivi la recherche jusqu'à sa fin.

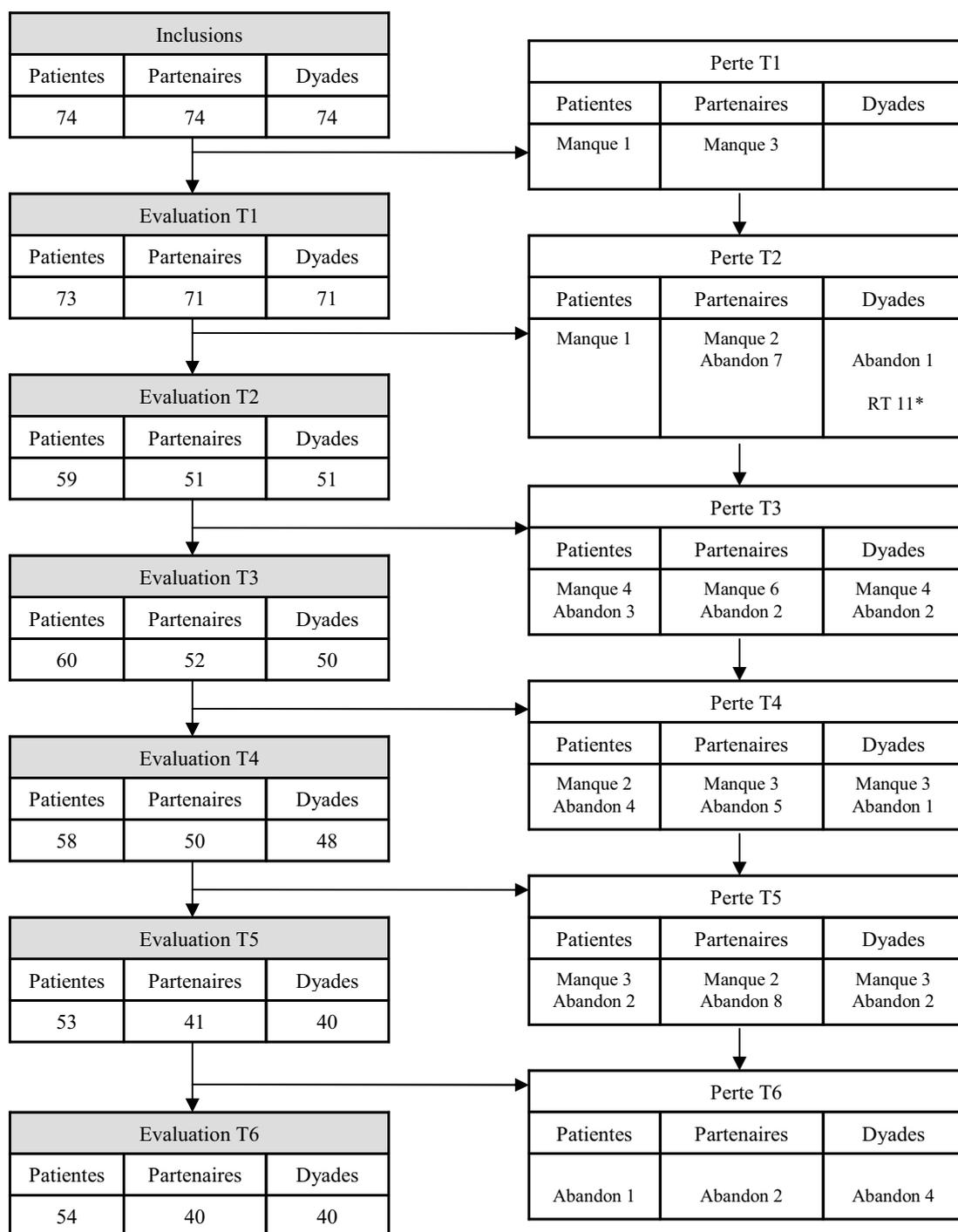


Figure 19 : Récapitulatif de la participation des dyades

En réalité, seules 29 dyades (c'est-à-dire la patiente et son partenaire) ont complété les questionnaires à tous les temps malgré nos relances systématiques.

## **CHAPITRE 3. METHODES D’EVALUATION ET COTATION DES DIFFERENTES VARIABLES DE L’ETUDE**

Nous exposerons dans un premier temps les outils choisis pour évaluer les critères pris en compte dans cette étude. Puis nous présenterons les outils retenus pour mesurer les antécédents et les variables dites transactionnelles.

### **3.1. Les critères**

#### **3.1.1. La détresse émotionnelle**

##### **- Choix du questionnaire :**

La détresse émotionnelle des sujets intégrés à l’étude a été évaluée à l’aide de la H.A.D. de Zigmond et Snaith (1983). L’objectif de cet outil est d’évaluer le niveau des symptomatologies dépressive et anxieuse en éliminant les symptômes somatiques susceptibles de fausser les évaluations chez des patients vus en médecine qui présentent fréquemment des problèmes organiques.

Nous avons choisi cet instrument car il a l’avantage d’être très court. Il se compose en effet de 14 items : 7 évaluant la dépression et 7 évaluant l’anxiété (voir annexe 3).

##### **- Administration :**

Les items d’anxiété et de dépression sont alternés. Les sujets doivent choisir parmi quatre modalités de réponses de sévérité croissante (de 0 à 3) ou décroissante (de 3 à 0).

##### **- Cotation :**

Les items 1, 3, 5, 7, 9, 11 et 13 évaluent la symptomatologie anxieuse (anx1, 2, 3, 4, 5 et 6), et les items 2, 4, 6, 8, 10, 12 et 14 la symptomatologie dépressive (dp1, 2, 3, 4, 5 et 6). En additionnant les scores aux items, on obtient un score de symptomatologie anxieuse, un autre de symptomatologie dépressive et un score total de détresse émotionnelle (ajpsy1, 2, 3, 4, 5 et 6). Le score maximal est de 42 pour l’échelle globale et de 21 pour chacune des sous-échelles. Plus le score est élevé, plus la personne présente de symptômes anxieux et/ou dépressifs. Le score seuil de 8 a été fixé par les auteurs pour chacune des deux sous-échelles.

### 3.1.2. La qualité de vie

#### - Choix du questionnaire :

Nous avons choisi d'évaluer la qualité de vie des patientes et des partenaires à l'aide d'une mesure générique, cela dans un souci de pouvoir comparer les résultats des conjoints à ceux des patientes et pour alléger un protocole déjà lourd.

La qualité de vie a donc été estimée à l'aide de la SF-12 (Ware, Kosinski, Bayliss, McHorney, Rogers et Raczek, 1995 ; Ware, Kosinski et Keller, 1996 ; Gandek, Ware, Aaronson, Apolone, Bjorner, Brazier, Bullinger, Kaasa, Leplege, Prieto et Sullivan, 1998). Ce questionnaire est une version courte de la SF-36 qui permet d'évaluer deux dimensions de la qualité de vie (physique et mentale), composées de 6 items chacune (voir annexe 4). Il a été construit en sélectionnant un à deux items de chaque dimension de la SF-36. La SF-12 a fait l'objet d'une validation croisée dans neuf pays européens : le Danemark, la France (avec 2743 personnes), l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas, la Norvège, l'Espagne, la Suède et le Royaume-Uni (Gandek et al., 1998). Les résultats ont montré que la composante physique de la SF-12 explique 89 à 92% de la variance de la composante physique de la SF-36 et que la composante mentale de la SF-12 explique 88 à 94% de la variance totale de la composante mentale de la SF-36. D'une manière générale, les qualités psychométriques de la SF-12 sont satisfaisantes et semblent très proches de la SF-36.

#### - Administration :

Les personnes complètent le questionnaire en fonction de leur ressenti par rapport à leur état au cours des quatre dernières semaines, en choisissant une réponse graduée en deux, trois, cinq ou six points.

#### - Cotation :

Les dimensions de qualité de vie physique (qdvphy1, 2, 3, 4, 5 et 6) et de qualité de vie mentale (qdvment1, 2, 3, 4, 5 et 6) sont composées chacune de 6 items. Le score à chaque dimension est transformé en un score allant de 0 à 100, un score élevé indiquant une bonne qualité de vie. Il existe un logiciel de cotation (la cotation de la SF-12 fait appel à des algorithmes très complexes) disponible sur un site Internet entièrement consacré au KDQOL qui est un questionnaire spécifique de qualité de vie des patients ayant des problèmes rénaux et qui contient les 12 items de la SF-12. Les moyennes et écarts-types aux deux dimensions, dans la population générale, sont de 51,2 et 7,4 pour la santé physique et de 48,4 et 9,4 pour la santé mentale. Un score élevé sur l'échelle de santé physique ou mentale correspond à une bonne santé physique ou mentale.

### 3.1.3. L'ajustement dyadique

#### - Choix du questionnaire :

L'ajustement marital a été évalué à l'aide de l'EAD de Spanier (1976), traduite en français par Baillargeon et al. (1986). Nous avons utilisé la version d'Antoine et al. (2008). Cette échelle est l'une des seules permettant d'évaluer ce concept. La validation française d'Antoine et al. (2008) a abouti à deux sous-dimensions qui sont le degré d'accord dans le couple, qui explique 32% de la variance totale du questionnaire, et la qualité des interactions dyadiques, qui explique 20% de cette même variance. Il est également possible de prendre en compte un facteur général d'ajustement dyadique qui explique 43,1% de la variance totale (voir annexe 5). Les alpha de Cronbach obtenus par les auteurs sont satisfaisants ( $\alpha = 0,89$  pour l'échelle générale et pour l'échelle du degré d'accord et  $\alpha = 0,75$  pour l'échelle de la qualité des interactions conjugales).

#### - Administration :

Ce questionnaire se compose de 16 items.

Pour les sept premiers items, les personnes doivent indiquer leur degré d'accord (de 1 : jamais d'accord à 6 : toujours d'accord) dans le couple concernant 7 domaines différents. Pour les items 8 à 15, les personnes indiquent sur une échelle de type Likert allant de 1 (jamais) à 6 (toujours) la fréquence de certains comportements au sein du couple. Enfin, les répondants doivent préciser quel est globalement leur degré de bonheur dans leur relation (de 1 : extrêmement malheureux à 6 : extrêmement heureux).

#### - Cotation :

La première sous-dimension est le « degré d'accord dans le couple » (da1, 4 et 6). Le score à cette sous-dimension correspond à la somme des items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 16. Il s'échelonne de 10 à 60. Le score au facteur « qualité des interactions maritales » (qi1, 4 et 6) est obtenu à partir de la somme des scores aux items 10 à 15. Il s'échelonne de 6 à 36. Il est aussi possible de prendre en compte une dimension générale d'ajustement dyadique (ead1, 4 et 6) en additionnant les scores de l'ensemble des items du questionnaire.

Les scores moyens obtenus par les auteurs sur leur population sont de 56,7 pour les femmes versus 56,8 pour les hommes sur la dimension générale d'ajustement dyadique et de 38,1 et 18,5 pour les femmes et 38,3 et 18,5 pour les hommes, respectivement aux sous-échelles de « degré d'accord » et de « qualité des interactions maritales ». Rappelons toutefois que la moyenne d'âge de l'échantillon d'Antoine et al. (2008) est de 36,9 ans. Les auteurs proposent un cut-off à 54 (sur le facteur général).

### 3.2. Les antécédents

Les antécédents socio-démographiques et médicaux ont été obtenus lors du premier entretien (T1) avec les couples ou à partir des dossiers médicaux des patientes (voir annexe 6).

#### 3.2.1. Les variables socio-démographiques

- La nature de la personne (nature) est cotée : 1 = patiente ; 2 = partenaire.
- L'âge (age) est exprimé en nombre d'années.
- La situation familiale (statfam) est cotée comme suit : 1 = en couple ; 2 = seule.
- Le nombre d'enfants (nbenf) est exprimé en nombre.
- Le revenu familial mensuel (rfm) est coté comme suit : 1 = plus de 4000 euros ; 2 = entre 3000 et 4000 euros ; 3 = entre 2000 et 3000 euros ; 4 = entre 1000 et 2000 euros ; 5 = moins de 1000 euros.
- Le niveau d'études (nivetud) est coté de la façon suivante : 1 = Pas d'études ; 2 = CAP-BEP ; 3 = Baccalauréat ; 4 = BAC + 2 ; 5 = BAC + 3 et plus.
- L'engagement professionnel (engpro) a aussi été pris en compte. Il est coté comme suit : 1 = en activité jusqu'au traitement ; 2 = en recherche d'activité ; 3 = retraité(e) ; 4 = en activité pendant le traitement ; 5 = sans activité.

#### 3.2.2. Les variables médicales

- Le stade TNM (t) (n) (m) est coté de 1 à 4 pour (t) et de 0 à 3 pour (n). Les patientes dont le stade est métastatique n'ont pas été intégrées à l'étude : (m) est donc toujours coté 0.

- Le type de chirurgie (chir) est coté comme suit : 1 = chirurgie conservatrice ; 2 = mastectomie ; 3 = mastectomie + reconstruction immédiate.
- Le type de premier traitement (ttt) est coté comme suit : 1 = chimiothérapie ; 2 = chimiothérapie néo-adjuvante ; 3 = radiothérapie.
- Les troubles psychologiques antérieurs (trblpsy) ont été demandés aux sujets. Ils ont été cotés de la façon suivante : 1 = pas de troubles antérieurs ; 2 = troubles de l'humeur ; 3 = troubles anxieux ; 4 = troubles anxieux et troubles de l'humeur ; 5 = troubles autres.
- Il a été demandé aux sujets s'ils avaient recours à un suivi psychologique (psychoth). Les réponses ont été cotées : 1 = non ; 2 = oui.
- La prise d'anxiolytique (anxiolyt) a été prise en compte et a été cotée : 1 = non ; 2 = oui.
- La prise d'anti-dépresseurs (ad) a été prise en compte et a été cotée : 1 = non ; 2 = oui.
- La prise de somnifères (somni) a été prise en compte et a été cotée : 1 = non ; 2 = oui.

### 3.2.3. Les variables dyadiques

- L'ancienneté de la relation (ancrel) est exprimée en nombre d'années.
- Nous avons également demandé aux participants vivant en couple s'ils avaient eu une relation durable avant leur relation de couple actuelle (reldur). Cette variable a été cotée comme suit : 1 = oui ; 2 = non ; 3 = oui : séparé(e)/divorcé(e) ; 4 = oui : veuf(ve).

### 3.2.4. Le contrôle émotionnel

#### - Choix du questionnaire :

Le contrôle émotionnel a été mesuré avec la CECS (Courtauld Emotional Control Scale) de Watson et Greer (1983) qui a l'avantage d'avoir été développée pour être utilisée auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein. Ce questionnaire permet de mesurer le degré selon lequel les individus contrôlent leurs émotions négatives (voir annexe 7).

#### - Administration :

Les personnes doivent indiquer si elles expriment ou répriment leurs émotions quand elles se sentent (1) en colère, (2) tristes ou (3) anxieuses. Ces trois catégories d'émotions (colère, anxiété, tristesse) forment les trois facteurs de ce questionnaire. Chacun de ces facteurs se compose de 7 items de fréquence auxquels les personnes peuvent répondre par l'intermédiaire d'une échelle de type Likert en 4 points (de 1 : presque jamais à 4 : presque toujours).

#### - Cotation :

Les trois dimensions sont cotées comme suit :

- contrôle des sentiments colériques (ctrlcol): items 1 à 7 (l'item 4 est inversé), dont le score s'échelonne de 7 à 28.

- contrôle des sentiments dépressifs (ctrldp) : items 8 à 14 (l'item 12 est inversé), dont le score s'échelonne de 7 à 28

- contrôle des sentiments anxieux (ctrlanx) : items 15 à 21 (les items 15, 18 et 19 sont inversés), dont le score s'échelonne de 7 à 28.

Le score total (ctrlemo) correspond à la combinaison des scores aux trois sous-échelles. Le score total minimum est donc de 21 et le score total maximum de 84.

Chacune des trois sous-échelles présente une bonne consistance interne ( $\alpha$  de 0,86 à 0,88) et une fidélité test-retest satisfaisante (0,84 à 0,89 pour les sous échelles et 0,95 pour le score total) (Watson et Greer, 1983).

Plus récemment certains chercheurs ont utilisé cet outil toujours auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein (Goodwin, Ennis, Bordeleau, Pritchard, Trudeau, Koo, Hood, 2004 ; Ando, Iwamitsu, Kuranami, Okazaki, Wada, Yamamoto, Todoroki, Watanabe et Miyaoka, 2009). Ils obtiennent des moyennes qui s'échelonnent entre 13,9 et 15,3 pour le contrôle de la colère, entre 13,1 et 16,2 pour le contrôle des sentiments anxieux, entre 14 et 16,1 pour le contrôle des sentiments dépressifs, et entre 41,1 et 47,7 pour le score total de contrôle émotionnel.

### **3.3. Les transactions**

#### 3.3.1. Le stress perçu

Le stress perçu par rapport à la maladie (evacan) et au traitement (radiothérapie ou chimiothérapie) (evattt) a été auto-évalué par une EVA (Echelle Visuelle Analogique). Les sujets doivent indiquer, sur une échelle allant de 0 à 100, le niveau de stress qu'a suscité chez eux l'annonce du diagnostic de cancer du sein et l'annonce du premier traitement adjuvant ou néo-adjuvant (radiothérapie ou chimiothérapie). Cet outil a l'avantage d'être extrêmement rapide de passation (voir annexe 8).

#### 3.3.2. Le soutien social

##### 3.3.2.1. Le SSQ6 (Sarason et al., 1983)

###### - Choix du questionnaire :

Pour évaluer le soutien social perçu, nous avons choisi dans un premier temps le SSQ6 de Sarason et al. (1983) qui est une version courte du SSQ à 27 items (voir annexe 9). Cette adaptation française a été traduite et validée sur un échantillon de 348 adultes français (Rascle et al., 1997). Deux composantes du soutien social perçu ont été identifiées : la disponibilité et la satisfaction. La fidélité test-retest et la consistance interne des deux échelles sont très satisfaisantes. De plus la passation de cette échelle est plus rapide que pour la version longue.

###### - Administration :

Il est demandé à l'individu sur quelles personnes il peut compter pour l'aider dans chacune des six situations évoquées dans le questionnaire. Il ne peut citer que de 0 à 9 personnes. Il est également invité à indiquer son degré de satisfaction vis-à-vis de ce soutien selon une échelle de type Likert en six points (1 : très insatisfait, 2 : insatisfait, 3 : plutôt insatisfait, 4 : plutôt satisfait, 5 : satisfait, 6 : très satisfait).

###### - Cotation :

Un score de disponibilité (dispo1, 2, 3, 4, 5 et 6) est obtenu (de 0 à 54). Un score élevé indique une disponibilité importante de l'entourage. Un score de satisfaction (satis1, 2, 3, 4, 5 et 6) est également calculé (de 6 à 36). Un score élevé indique une grande satisfaction du soutien fourni.

### 3.3.2.2. Le QueSSSC ou Questionnaire de Soutien Social Spécifique au Cancer

#### - Construction et validation du questionnaire :

Le soutien social a également été mesuré à l'aide du questionnaire de soutien social spécifique au cancer, conçu pour les besoins de l'étude (Segrestan, Rascle, Cousson-Gélie, Trouette, 2007).

Nous nous sommes rendue compte, en mettant au point notre protocole, que les chercheurs en psycho-oncologie ne disposaient d'aucun outil permettant de mesurer le soutien social spécifique aux personnes confrontées au cancer. Il est pourtant admis depuis longtemps que cette maladie induit des remaniements importants dans la sphère relationnelle. Comme nous l'avons déjà vu, les échelles existantes (Barrera et Ainlay, 1983 ; Sarason et al., 1983), bien que possédant de bonnes qualités psychométriques, ne présentent pas, pour la situation de maladie grave qu'est le cancer, une bonne validité de contenu. C'est pourquoi nous avons décidé de construire une échelle permettant de mesurer de manière plus adéquate ce soutien.

Quarante entretiens semi directifs ont été menés de janvier à mars 2005, ceci auprès de 21 patients, dont treize femmes, et de 19 conjoints, dont dix femmes. Les personnes interrogées (ou leur partenaire) étaient atteintes d'un cancer (sein, côlon, prostate, poumon, testicule, encéphale, col de l'utérus...) et 45% d'entre elles présentaient des localisations secondaires.

Une partie des personnes n'avait encore reçu aucun traitement, d'autres étaient en cours de radiothérapie et/ou de chimiothérapie ou venaient de subir une intervention chirurgicale, et une partie avait terminé les traitements. Certaines personnes n'en étaient qu'au début de la prise en charge, d'autres étaient en rémission et quelques patients recevaient un traitement consécutif à une récurrence.

Ces entretiens ont été soumis à une analyse de contenu révélant six dimensions (soutien émotionnel, soutien matériel, soutien informatif, soutien distractif, soutien maladroit ou négatif, et non changement). Un questionnaire préliminaire de 30 items tenant compte de ces dimensions permettait d'évaluer le réseau de soutien, le type de soutien reçu et la satisfaction du soutien reçu. Un pré-test a été réalisé sur 46 personnes, ce qui nous a permis d'éliminer quelques items et d'en reformuler d'autres. La présentation du questionnaire était également problématique, elle a donc été revue.

Une version à 20 items a enfin été validée qui évalue (voir annexe 10) :

- l'intensité du comportement par une échelle de réponse de type Likert de 1 (Jamais) à 5 (Très souvent) pour chacun des 20 items.
- le degré de satisfaction/insatisfaction par une échelle de type Likert en 6 points : de 1 (Très insatisfait) à 6 (Très satisfait).
- les source(s) du soutien : la personne coche parmi plusieurs personnes (conjoint/partenaire, enfants, parents/beaux-parents, frères/sœurs, amis, connaissances, collègues, personnel soignant, autres) celles qui lui ont apporté le soutien spécifié dans la dimension du soutien correspondante.

Un protocole de validation a été mis en place afin de vérifier les qualités psychométriques de notre outil. Le protocole de validation a été distribué aux patients de plusieurs sites de la région bordelaise et le questionnaire a été intégré à d'autres protocoles de recherche dans plusieurs villes françaises (Bordeaux, Libourne, Paris, Lille, Lyon). Les patients ayant complété le questionnaire (N = 306) sont atteints de tous types de cancers (mais en majorité cancers du sein et de la prostate), à tous stades de la maladie. Ils ont en moyenne 53,8 ans (médiane = 55) et 74,8% sont des femmes.

Une analyse factorielle exploratoire a été réalisée sur les 20 items du questionnaire (ont été exclus de l'analyse les items concernant la source et la satisfaction, le but étant de dégager des dimensions dans les comportements de soutien). La solution retenue est la solution après rotation Promax. Quatre axes (valeurs propres > 1) rendent compte de 49,17% de la variance totale. Les quatre facteurs ont été interprétés comme suit :

- F1 : soutien émotionnel ; 9 items (1 à 9) ; 28,22% de la variance totale ;  $\alpha = 0,86$
- F2 : soutien matériel/distractif ; 5 items (10 à 14) ; 9,05% de la variance totale ;  $\alpha = 0,78$
- F3 : soutien informatif ; 2 items (15 et 16) ; 7,38% de la variance totale ;  $\alpha = 0,92$
- F4 : soutien négatif ; 4 items (items 17 à 20) ; 4,51% de la variance totale ;  $\alpha = 0,70$

Une analyse confirmatoire a été réalisée grâce au logiciel LISREL qui retrouve la même structure en quatre facteurs.

Les qualités psychométriques de l'outil sont aussi satisfaisantes ( $\alpha$  de 0,70 à 0,92).

Ce questionnaire a également été validé auprès de proches de patients atteints de divers cancers (Segrestan, Rasclé, Cousson-Gélie et Trouette, 2006). Les proches (57 hommes

et 36 femmes) sont pour une large part des conjoints de patients cancéreux. La même structure factorielle que celles des patients est obtenue et les qualités psychométriques sont également satisfaisantes.

- Cotation :

La somme des scores des 9 items du facteur 1 (items 1 à 9) constitue le score de soutien émotionnel (ssemo1, 2, 3, 4, 5 et 6). Les scores s'échelonnent de 9 à 45. Un score élevé indique que la personne perçoit recevoir un soutien émotionnel élevé de la part d'autrui ;

La somme des scores aux 5 items du facteur 2 (items 10 à 14) constitue le score de soutien matériel et distractif (ssmat1, 2, 3, 4, 5 et 6). Les scores s'échelonnent de 5 à 25. Un score élevé signifie que le sujet a le sentiment de recevoir un soutien matériel et distractif important de la part d'autrui.

La somme des scores aux items 15 et 16 du facteur 3 constitue le score de soutien informatif (ssinfo1, 2, 3, 4, 5 et 6). Les scores varient de 2 à 10 et un score élevé indique que la personne perçoit recevoir un soutien informatif élevé.

Enfin, la somme des scores aux 4 items du facteur 4 (items 17 à 20) constitue le score de soutien négatif (ssneg1, 2, 3, 4, 5 et 6). Les scores s'échelonnent de 4 à 20. Un score élevé signifie que le sujet a le sentiment de recevoir un soutien négatif élevé.

### **3.4. Les stratégies de coping**

#### **3.4.1. La WCC (Cousson et al., 1996)**

- Choix du questionnaire

Le coping est évalué à l'aide de la WCC (Ways of Coping Checklist), dans son adaptation française (Cousson et al., 1996), ceci afin de pouvoir comparer les résultats des patientes à ceux de leur partenaire (voir annexe 11). Cette échelle a déjà été présentée dans le paragraphe 3.1.3.1.1. de ce travail. Elle possède de bonnes qualités psychométriques ( $\alpha$  de Cronbach de 0,72 à 0,79 et fidélité test-retest de 0,75 à 0,90).

- Administration

Les sujets doivent se référer à leur cancer du sein ou celui de leur compagne pour répondre aux 27 items. Les réponses sont du type échelle de Likert en quatre points (1 = non ; 2 = plutôt non ; 3 = plutôt oui ; 4 = oui).

- Cotation

Le score total obtenu aux 27 items est constitué de trois sous-scores évaluant chacun une stratégie de coping spécifique. Ces trois stratégies sont les suivantes :

- les stratégies de coping centré sur le problème (pb1, 2, 3, 4, 5 et 6) (items 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25 et 27). Le score à ces items s'échelonne de 10 à 40. Un score élevé indique un coping centré sur le problème important.

- les stratégies de coping centré sur l'émotion (emo1, 2, 3, 4, 5 et 6) (items 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23 et 26). Le score à ces items varie de 9 à 36. Plus le score est élevé, plus le sujet utilise un coping centré sur l'émotion pour faire face à un événement stressant.

- les stratégies de coping centré sur la recherche de soutien social (rss1, 2, 3, 4, 5 et 6) (items 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24). L'item 15 est inversé. Les scores varient de 8 à 32. Un score élevé indique une forte utilisation de stratégies de coping centré sur la recherche de soutien social.

### 3.4.2. La MAC (Watson et al., 1988)

- Choix du questionnaire

Le coping spécifique à la maladie est évalué à l'aide de la Mental Adjustment to Cancer scale (Watson et al., 1988) adaptée par Cayrou et al. (2001). Cette échelle de coping est la plus utilisée en psycho-oncologie et présente d'excellentes qualités psychométriques (validité, homogénéité, fidélité). Elle permet d'évaluer dans quelle mesure un patient adopte l'une des cinq stratégies d'ajustement suivantes : esprit combattif, impuissance-désespoir, préoccupations anxieuses, évitement et déni (voir annexe 12). A noter que, pour Cayrou et al. (2001), il s'agit plutôt d'évaluer l'ajustement mental des patientes, comme l'indique le nom de l'échelle, que des stratégies de coping.

- Administration

Pour chacun des 44 items, le sujet est invité à répondre suivant une échelle de type Likert en quatre points (1 = ne s'applique pas du tout à moi ; 2 = ne s'applique pas à moi ; 3 = s'applique à moi ; 4 = s'applique totalement à moi).

- Cotation

- la somme des scores des 13 items du facteur 1 (items 3, 5, 8, 10, 12, 13, 19, 20, 25, 26, 29, 30 et 41) constitue le score d'esprit combatif (comba1, 2, 3, 4, 5 et 6). Les scores s'échelonnent de 13 à 52, un score élevé indiquant le recours à cette stratégie.

- la somme des scores des 11 items du facteur 2 (items 1, 2, 6, 7, 11, 16, 17, 18, 22, 27 et 44) constitue le score d'impuissance/désespoir (impdes1, 2, 3, 4, 5 et 6). Les scores s'échelonnent de 11 à 44. Un score élevé indique que le patient utilise une telle stratégie au moment de l'évaluation.

- la somme des scores des 12 items du facteur 3 (items 4, 9, 14, 15, 23, 28, 31, 32, 35, 36, 40 et 43) constitue le score de préoccupations anxieuses (pranx1, 2, 3, 4, 5 et 6). Les scores s'échelonnent de 12 à 48. Un score élevé indique que le patient utilise une telle stratégie au moment de l'évaluation.

- la somme des scores des 5 items du facteur 4 (items 21, 34, 37, 39 et 42) constitue le score d'évitement cognitif (evit1, 2, 3, 4, 5 et 6). Les scores varient de 5 à 20. Un score élevé indique un fort évitement cognitif de la part du patient.

- la somme des scores des 3 items du facteur 5 (items 24, 33, 38) constitue le score de dénégation (deneg1, 2, 3, 4, 5 et 6). Les scores s'échelonnent de 3 à 12. Un score élevé indique que le patient utilise une telle stratégie au moment de l'évaluation.

### **3.5. Tableau récapitulatif des variables**

Voici le tableau 11, récapitulatif de l'ensemble de nos variables. Il indique si la variable a été uniquement mesurée chez les patientes vivant seules (S) ou en couple (P), ou chez les patientes vivant en couple et les conjoints (P+C). Il indique également la cotation des variables et la source de la mesure.

Tableau 11 : Tableau récapitulatif des variables de notre étude

Passation	Codage	Intitulé de la variable	Cotation	Source
<b>ANTECEDENTS</b>				
<i>Sociodémographiques</i>				
S+P+C	nature	Nature de la personne	1 = patiente, 2 = partenaire	GE <sup>11</sup>
S+P+C	age	Age	En années	GE
S+P+C	statfam	Situation familiale	1 = en couple, 2 = vit seule	GE
S+P+C	nbenf	Nombre d'enfants	En nombre	GE
S+P+C	rfm	Revenu familial mensuel	De 1 (plus de 4000 €) à 5 (moins de 1000 €)	GE
S+P+C	nivetud	Niveau d'étude	De 1 (pas d'études) à 5 (Bac + 3 et plus)	GE
S+P+C	engpro	Engagement professionnel	1 = en activité jusqu'au traitement, 2 = en recherche d'activité, 3 = retraité(e), 4 = en activité pendant le traitement, 5 = sans activité	GE
<i>Médicaux</i>				
S+P	t n m	Stade TNM	1 à 4 0 à 3 xxxxxx	DM <sup>12</sup>
S+P	chir	Type de chirurgie	1 = chirurgie conservatrice, 2 = mastectomie, 3 = mastectomie + reconstruction immédiate	DM
S+P	ttt	Type de premier traitement adjuvant ou néo-adjuvant	1 = chimiothérapie, 2 = chimiothérapie néo-adjuvante, 3 = radiothérapie	DM
S+P+C	trblpsy	Troubles psychologiques antérieurs	1 = pas de troubles antérieurs, 2 = troubles de l'humeur, 3 = troubles anxieux, 4 = troubles anxieux et troubles de l'humeur, 5 = autres troubles	GE
S+P+C	psychoth	Recours actuel à un suivi psy	1 = oui, 2 = non	GE
S+P+C	anxiolyt	Recours actuel à des anxiolytiques	1 = oui, 2 = non	GE
S+P+C	ad	Recours actuel à des antidépresseurs	1 = oui, 2 = non	GE
S+P+C	somni	Recours actuel à des somnifères	1 = oui, 2 = non	GE
<i>Dyadiques</i>				
P+C	ancrel	Ancienneté de la relation	En nombre d'années	GE
P+C	reldur	Relation durable avant la relation de couple actuelle	1 = oui, 2 = non, 3 = oui : séparé(e)/divorcé(e), 4 = oui : veuf(ve)	GE
<i>Psychologiques</i>				
S+P+C	ctrlcol	Contrôle des sentiments colériques	De 7 (faible) à 28 (élevée)	CECS
S+P+C	ctrldp	Contrôle des sentiments dépressifs	De 7 (faible) à 28 (élevée)	CECS
S+P+C	ctrlanx	Contrôle des sentiments anxieux	De 7 (faible) à 28 (élevé)	CECS
S+P+C	ctrlemo	Contrôle émotionnel	De 21 (faible) à 84 (élevée)	CECS

<sup>11</sup> GE : grille d'entretien administrée lors de la première rencontre.

<sup>12</sup> DM : dossier médical de la patiente

Passation	Codage	Intitulé de la variable	Cotation	Source
<b>TRANSACTIONS</b>				
S+P+C	evacan	Stress perçu par rapport au diagnostic de cancer du sein	De 0 (faible) à 100 (élevé)	EVA
S+P+C	evattt	Stress perçu par rapport à l'annonce du traitement (néo-)adjuvant	De 0 (faible) à 100 (élevé)	EVA
S+P+C	dispo1 à 6	Disponibilité perçue du soutien social	De 0 (faible) à 54 (élevé)	SSQ6
S+P+C	satis1 à 6	Satisfaction par rapport au soutien social	De 6 (faible) à 36 (élevé)	SSQ6
S+P+C	ssemo1 à 6	Soutien émotionnel	De 9 (faible) à 45 (élevé)	QueSSSC
S+P+C	ssmat1 à 6	Soutien matériel et distractif	De 5 (faible) à 25 (élevé)	QueSSSC
S+P+C	ssinfo1 à 6	Soutien informatif	De 2 (faible) à 10 (élevé)	QueSSSC
S+P+C	ssneg1 à 6	Soutien négatif	De 4 (faible) à 20 (élevé)	QueSSSC
S+P+C	pb1 à 6	Coping centré sur le problème	De 10 (faible) à 40 (élevé)	WCC
S+P+C	emo1 à 6	Coping centré sur l'émotion	De 9 (faible) à 36 (élevé)	WCC
S+P+C	rss1 à 6	Coping centré sur la recherche de soutien social	De 8 (faible) à 32 (élevé)	WCC
S+P+C	comba1 à 6	Esprit combatif	De 13 (faible) à 52 (élevé)	MAC
S+P+C	impdes1 à 6	Impuissance/désespoir	De 11 (faible) à 44 (élevé)	MAC
S+P+C	pranx1 à 6	Préoccupations anxieuses	De 12 (faible) à 48 (élevé)	MAC
S+P+C	evit1 à 6	Evitement	De 5 (faible) à 20 (élevé)	MAC
S+P+C	deneg1 à 6	Dénégation	De 3 (faible) à 12 (élevé)	MAC
<b>CRITERES</b>				
S+P+C	anx1 à 6	Symptomatologie anxieuse	De 0 (faible) à 21 (élevé)	HAD
S+P+C	dp1 à 6	Symptomatologie dépressive	De 0 (faible) à 21 (élevé)	HAD
S+P+C	ajpsy1 à 6	Détresse émotionnelle	De 0 (faible) à 42 (élevé)	HAD
S+P+C	qdvphy1 à 6	Qualité de vie physique	De 0 (faible) à 100 (élevé)	SF-12
S+P+C	qdvment1 à 6	Qualité de vie mentale	De 0 (faible) à 100 (élevé)	SF-12
P+C	da1, 4 et 6	Degré d'accord dans le couple	De 10 (faible) à 60 (élevé)	EAD
P+C	qi1, 4 et 6	Qualité des interactions maritales	De 6 (faible) à 36 (élevé)	EAD
P+C	ead1, 4 et 6	Ajustement dyadique	De 16 (faible) à 96 (élevé)	EAD

## CHAPITRE 4. TECHNIQUES D'ANALYSE DES DONNEES

Nous avons eu recours à différentes analyses de données en fonction des objectifs et hypothèses de notre recherche.

### 4.1. Le test t de Student

Ce test est utilisé pour comparer des moyennes. Dans notre étude, nous l'utiliserons pour comparer deux échantillons indépendants (patientes vivant en couple versus patientes vivant seules ; patientes versus conjoints ; patientes ayant participé seules versus patientes ayant participé avec leur conjoint ; patientes ayant reçu un traitement par hormonothérapie versus sans ; patientes ayant reçu un traitement par immunothérapie versus sans).

### 4.2. Les analyses de variance

#### 4.2.1. Les analyses de variance à un facteur

L'effet de certaines variables indépendantes (VI) nominales (comme le type de traitement ou de chirurgie) sur une variable dépendante (VD) d'intervalle a été mesuré à l'aide d'une analyse de variance (ANalysis Of VAriance = ANOVA) à un facteur. Un test d'homogénéité des variances a été effectué au préalable (Test de Levene). Lorsque les variances sont identiques, une ANOVA a pu être réalisée ainsi que des tests post-hoc (Bonferroni) puisque les VI comptent plus de deux modalités.

Lorsque le test de Levene démontre une non-homogénéité des variances, un test non-paramétrique (test de Krushkal Wallis) a tout de même permis d'étudier l'influence de nos variables indépendantes sur la variable dépendante.

#### 4.2.2. Les analyses de variance à mesures répétées

Pour étudier l'évolution de la détresse émotionnelle, de la qualité de vie, de l'ajustement dyadique, du soutien social et du coping, les données ont été traitées au moyen de plusieurs analyses de variances (ANOVA) pour plan à mesures répétées. Pour comparer les différents temps de l'étude entre eux, nous avons fait une comparaison par paire en utilisant le test de Bonferroni.

#### 4.3. Les Analyses Factorielles Exploratoires

Pour établir la structure de notre questionnaire de soutien social spécifique au cancer, des analyses factorielles exploratoires ont été effectuées.

L'analyse factorielle exploratoire est une méthode descriptive qui permet de faire la synthèse de l'information contenue dans un grand nombre de variables. Elle consiste à mettre en évidence la structure latente d'une masse de données, c'est-à-dire la présence d'un certain nombre de dimensions sous-jacentes (ou facteurs). La première dimension dégagée explique la proportion maximale de variance commune entre les individus (c'est un axe général). Le pourcentage de la variance expliquée par les différentes dimensions identifiées décroît au fur et à mesure de leur ordre d'extraction (la première explique le plus fort pourcentage de variance expliquée, la dernière le plus faible).

Des rotations des axes permettent si nécessaire d'obtenir des facteurs plus spécifiques et généralement plus facilement interprétables en « optimisant » les saturations, c'est-à-dire en augmentant le nombre de saturations, soit fortes soit faibles, sur chacun des facteurs (structure simple).

Plusieurs règles peuvent servir à déterminer le nombre de facteurs à conserver :

- la règle de Kaiser consiste à ne garder que les facteurs dont la valeur propre est supérieure à 1 ;
- la règle de Cattell consiste à prendre en considération le point d'inflexion de la courbe des valeurs propres (scree-test).

Certains y ajoutent la règle d'interprétabilité des facteurs.

Ces opérations peuvent nécessiter l'élimination de certains items si la saturation de l'item est inférieure à 0,40 en valeur absolue, et si l'item est saturé sur plusieurs facteurs.

Le calcul de la consistance interne permet d'apprécier l'homogénéité des items qui composent un même facteur. L'homogénéité correspond à la corrélation des différents items entre eux, ainsi que des différents items avec le score global. Le coefficient alpha de Cronbach est le plus utilisé pour évaluer l'homogénéité d'une échelle.

#### 4.4. Les analyses dyadiques : le modèle APIM

Ensuite, pour étudier l'influence des caractéristiques des patientes et de leur partenaire, nous avons mené des régressions linéaires (*Multilevel Modeling*) en référence au modèle APIM (Actor and Partner Interdependence Model) de Kenny, Kashy et Cook (2006).

Dans ce modèle, deux effets distincts sont pris en compte :

- l'effet acteur, qui est l'effet d'une variable X sur une variable Y chez un même sujet ;
- l'effet partenaire, qui est l'effet d'une variable X du sujet S1 sur une variable Y du sujet S2.

Chaque analyse aboutit à deux effets acteurs et deux effets partenaires, chaque sujet ayant son propre effet acteur et son propre effet partenaire. Le schéma 4 représente ce modèle.

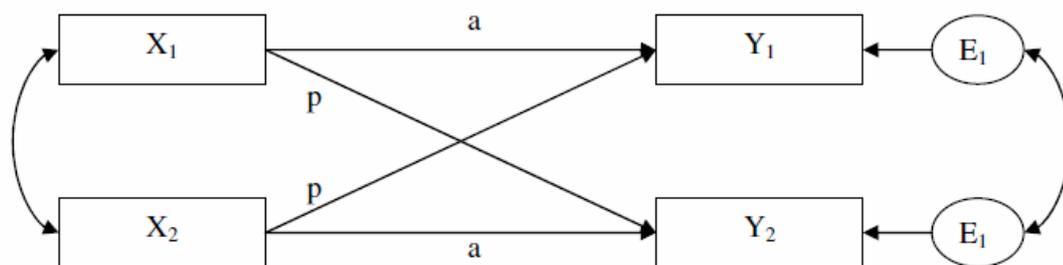


Schéma 4 : Modèle APIM

où  $a$  est l'effet acteur et  $p$  l'effet partenaire (Kenny et al., 2006, p 145)

Les analyses statistiques recommandées par les auteurs sont le modèle linéaire mixte (MultiLevel Modeling : MLM) ou le modèle en équations structurales (Structural Equations Model : SEM). Nous avons choisi d'utiliser dans notre étude le MLM car nous ne disposons pas d'un nombre suffisant de sujets pour justifier de l'utilisation du SEM.

Nous avons utilisé le logiciel SPSS pour l'ensemble de nos analyses. Concernant les analyses dyadiques, une particularité du logiciel SPSS est d'indiquer une probabilité bilatérale, alors que ce test de variance doit avoir une probabilité unilatérale. Il faut donc diviser par deux la probabilité donnée par le logiciel pour obtenir la significativité du test.

## CHAPITRE 5. ETUDES DESCRIPTIVES ET COMPARATIVES

Avant de présenter les résultats de notre recherche, il nous paraissait important de décrire notre population et d'effectuer des études préliminaires afin de contrôler certaines variables et de vérifier l'homogénéité de notre échantillon.

Ce sera donc l'objet de ce cinquième chapitre.

### 5.1. Etude descriptive de la population d'étude

#### 5.1.1. Les patientes

Nous avons déjà vu que 159 patientes ont accepté de participer à notre étude. Parmi elles, 112 vivent en couple et 47 vivent seules.

Elles sont âgées de 28 à 72 ans avec une moyenne de 50,78 ans (écart-type = 10,09). La majorité d'entre elles est diplômée (85,1%) et a deux enfants ou plus (61,4%).

Un peu plus de la moitié des patientes étaient actives professionnellement avant le début du traitement (54,1%).

Un peu moins de 3 patientes sur 4 (69,2%) ont bénéficié d'une chirurgie conservatrice. 20,8% ont subi une mastectomie et 1,3% une mastectomie avec reconstruction immédiate. 1,3% n'ont pas subi d'intervention chirurgicale. 79,9% se sont vues proposer une chimiothérapie adjuvante contre 15,7% une radiothérapie exclusive. Enfin, pour 4,4% le premier traitement a été une chimiothérapie néo-adjuvante<sup>13</sup>. Près de deux patientes sur trois (63,5%) reçoivent un traitement d'hormonothérapie (pendant cinq ans) et une sur quatre (23,9%) un traitement d'immunothérapie (souvent douze injections espacées de trois semaines et suivant le premier traitement adjuvant).

L'ensemble des données socio-démographiques et médicales sont présentées dans le tableau 12.

---

<sup>13</sup> Traitement mis en place avant la chirurgie afin de réduire le volume de la tumeur pour pouvoir proposer une chirurgie conservatrice en suivant.

Tableau 12 : caractéristiques socio-démographiques et médicales des patientes

	Moyenne (écart-type) ou pourcentage
Age	50,78 (10,09)
Niveau d'études	
Pas d'études	14,5%
CAP-BEP	28,3%
Baccalauréat	20,8%
BAC +2	13,8%
BAC +3 et plus	20,1%
Non renseigné	2,5%
Engagement professionnel	
En activité jusqu'au traitement	49,1%
En recherche d'emploi	4,4%
Retraitée	17,6%
En activité pendant le traitement	5,0%
Sans activité	6,9%
Revenu Familial Mensuel	
Moins de 1000 euros	11,3%
De 1000 à 2000 euros	25,2%
De 2000 à 3000 euros	25,8%
De 3000 à 4000 euros	17%
Plus de 4000 euros	10,7%
Non renseigné	10,1%
Troubles psychologiques antérieurs	37,7%*
Recours à un suivi psychologique	10,1%
Prise d'anxiolytiques	21,4%
Prise d'anti-dépresseurs	13,2%
Prise de somnifères	16,4%
Type de chirurgie	
Chirurgie conservatrice	69,2%
Mastectomie	20,8%
Mastectomie + reconstruction immédiate	1,3%
Pas de chirurgie	1,3%
Non renseigné	7,5%
Premier traitement	
Chimiothérapie adjuvante	79,9%
Chimiothérapie néo-adjuvante	4,4%
Radiothérapie adjuvante	15,7%
Hormonothérapie	63,5%
Immunothérapie	23,9%

\* En majorité des troubles de l'humeur

### 5.1.2. Les partenaires

76 conjoints ont été intégrés à l'étude. Ils sont âgés de 33 à 76 ans avec une moyenne de 52,84 ans (écart-type = 10,68). 86,9% sont diplômés et 40,8% sont encore en activité.

L'ensemble des données socio-démographiques est présenté dans le tableau 13.

Tableau 13 : Caractéristiques socio-démographiques des partenaires

	Moyenne (écart-type) ou pourcentage
Age	52,84 (10,68)
Niveau d'études	
Pas d'études	6,6%
CAP-BEP	31,6%
Baccalauréat	21,1%
BAC +2	9,2%
BAC +3 et plus	25%
Non renseigné	6,6%
Engagement professionnel	
En activité	40,8%
En recherche d'emploi	0%
Retraité	17,1%
Sans activité	1,3%
Non renseigné	40,8%
Revenu Familial Mensuel	
Moins de 1000 euros	0%
De 1000 à 2000 euros	15,8%
De 2000 à 3000 euros	30,3%
De 3000 à 4000 euros	19,7%
Plus de 4000 euros	25%
Non renseigné	9,2%
Troubles psychologiques antérieurs	10,5%*
Recours à un suivi psychologique	1,3%
Prise d'anxiolytiques	3,9%
Prise d'anti-dépresseurs	7,9%
Prise de somnifères	6,6%

\* En majorité des troubles de l'humeur

### 5.1.3. Les dyades

76 couples ont donc participé à cette recherche. Ils sont formés depuis minimum 2 ans et maximum 49, avec une médiane à 24 ans.

Parmi les femmes vivant en couple, 61,7% n'ont pas eu de relation durable avant d'être avec leur conjoint, 15,9% ont eu d'autres relations avant d'être avec leur conjoint, 19,6% sont séparées ou divorcées et 2,8% sont veuves.

Parmi les conjoints, 54,3% n'ont pas eu de relation durable avant d'être avec leur compagne, 20% ont eu d'autres relations avant d'être avec elle, 24,3% sont séparés ou divorcés et un partenaire est veuf.

## 5.2. Etude comparative des patientes vivant seules ou en couple

Des patientes vivant seules ont été intégrées à cette étude de manière à constituer un groupe contrôle et à contrôler la variable « couple ».

Nous avons donc effectué des comparaisons de moyennes entre les scores moyens de qualité de vie, de détresse émotionnelle, de stress perçu, de soutien social et de coping des patientes vivant seules (N= 47) et de celles vivant en couple (N=112). Les deux groupes se distinguent sur deux variables (Tableau 14) :

- les femmes vivant seules ont des scores moyens de coping centré sur le problème significativement moins élevés en milieu de traitement de chimiothérapie (T<sub>2</sub>) et six mois après la fin du premier traitement adjuvant (T<sub>6</sub>)

- enfin, les femmes vivant seules ont moins recours à la stratégie « dénégarion » un mois après la fin du premier traitement adjuvant (T<sub>4</sub>).

Les autres variables ne permettent pas de discriminer ces deux groupes.

Tableau 14 : Comparaisons de moyennes entre les groupes « patientes vivant seules » et « patientes vivant en couple »

Variables	Patientes seules	Patientes en couple	t
	moyenne (écart-type)	moyenne (écart-type)	
Coping centré sur le problème (T <sub>2</sub> )	26,23(6,22)	29,46(6,05)	2,546*
Coping centré sur le problème (T <sub>6</sub> )	27,11(6,37)	30,78(5,36)	2,810**
Dénégarion (T <sub>4</sub> )	3,57(1,00)	4,77(2,55)	3,446***

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Certains auteurs ont également étudié les différences entre les patientes confrontées à un cancer du sein en fonction de leur statut familial. Généralement, les patientes vivant en couple ne se distinguent des autres que sur une seule variable : le soutien émotionnel et matériel (Feather et Wainstock, 1989 ; Sammarco et Konecny, 2008), ce différentiel étant logiquement expliqué par l'apport du soutien marital.

Nos analyses ne montrent aucune différence en terme d'ajustement au cancer du sein ou de soutien social.

En revanche, les patientes de notre échantillon qui vivent en couple auraient davantage recours au coping centré sur le problème, qui est une stratégie généralement reconnue comme fonctionnelle dans l'ajustement au cancer du sein non métastatique (Ptacek et al., 1994 ; Schnoll et al., 1998 ; Filazoglu et Griva, 2008 ; Danhauer et al., 2009 ; Al-Azri et al., 2009). Mais elles rapportent aussi une plus grande utilisation de la

dénégation un mois après la fin des traitements. Or, cette stratégie est, elle, reconnue comme dysfonctionnelle (Carver et al., 1993 ; Thomas et Marks, 1995 ; Ben-Zur et al., 2001 ; Roussi et al., 2007).

### 5.3. Etude comparative des patientes vivant en couple ayant participé seule ou avec leur conjoint

Les patientes vivant en couple et ayant accepté de participer à cette étude sont au nombre de 112. Parmi ces patientes, 36 ont participé seules et 76 avec leur conjoint.

Nous avons effectué des comparaisons de moyennes sur l'ensemble des variables de l'étude et à tous les temps de mesure entre les patientes ayant participé seules et celles ayant participé avec leur conjoint. Les patientes ayant participé seules se distinguent par deux caractéristiques :

- elles contrôlent davantage leurs émotions, en particulier les sentiments dépressifs ;
- leur qualité de vie mentale est plus altérée en T<sub>2</sub>.

Seuls ces résultats significatifs sont présentés dans le tableau 15.

Les autres variables ne permettent pas de distinguer ces deux groupes.

Tableau 15 : Comparaisons de moyennes entre les groupes  
« patientes ayant participé seules » et « patientes ayant participé avec leur conjoint »

Variables	Participation seule moyenne (écart-type)	Participation en couple moyenne (écart-type)	t
Contrôle des sentiments dépressifs (T <sub>1</sub> )	21,03(5,00)	18,70(5,69)	2,013*
Contrôle émotionnel (T <sub>1</sub> )	58,72(13,09)	52,36(14,09)	2,155*
Qualité de vie mentale (T <sub>2</sub> )	43,71(5,12)	46,76(6,31)	-2,318*

\*p<0,05

D'autres chercheurs ont également effectué ce type de comparaisons. Ils ont trouvé que les patientes pour lesquelles le mari a refusé de participer rapportent des scores moyens d'intrusions et d'évitement plus importants et des scores moyens de soutien familial perçu inférieurs à celles dont le mari participe à l'étude (Baider et al., 2004). Dans l'étude de Giese-Davis, Hermanson, Koopman, Weibel et Spiegel (2000), les patientes participant seules verraient leur satisfaction maritale altérée (scores faibles de cohésion et d'expression au sein du couple). Dans notre étude, la non participation des partenaires semble davantage liée à la personnalité des patientes, à savoir leur

disposition à contrôler leurs émotions, ce qui peut se rapprocher des résultats de Giese-Davis et al. (2000). Ainsi, ne pas exprimer ses émotions pourrait dissuader les conjoints de s'investir aux côtés de leur compagne pour la participation à une étude concernant leur maladie.

#### **5.4. Etude comparative des patientes en fonction des traitements administrés**

Nous avons déjà vu que les patientes intégrées à notre étude avaient bénéficié ou bénéficiaient de traitements différents (type de chirurgie, traitements adjuvants ou néoadjuvants). Nous avons donc étudié l'impact du type de traitement sur les variables dites « transactionnelles » et critères.

##### 5.4.1. Etude comparative des patientes en fonction du type de chirurgie

Le type de chirurgie n'influence ni la détresse émotionnelle, ni la qualité de vie des patientes. Il n'a pas non plus d'impact sur le stress perçu, l'ajustement dyadique ou les stratégies de coping des patientes de notre échantillon.

La seule différence de moyenne que nous ayons obtenue concerne le soutien social : les patientes ayant été opérées par mastectomie rapportent des scores de soutien émotionnel en T<sub>5</sub> significativement plus importants que les patientes ayant bénéficié d'une chirurgie conservatrice ( $F=3,945$  ;  $p<0,05$ ). Effectivement, dans notre revue de la littérature, nous avons observé que le traitement chirurgical avait essentiellement un impact sur l'image du corps (Arora et al., 2001 ; Monteiro-Grillo et al., 2005 ; Helms et al., 2008 ; Sheppard et Ely, 2008) et le fonctionnement sexuel des patientes (Yeo et al., 2004 ; Sheppard et Ely, 2008), qui sont des variables que nous n'avons pas intégrées à notre étude. La méta-analyse de Moyer (1997) montrait en revanche un léger avantage de la chirurgie conservatrice dans cinq domaines (ajustement psychologique, ajustement social, fonctionnement marital et sexuel, image du corps et inquiétudes liées au cancer). Mais cet avantage ressortait surtout à distance des traitements. Or, le dernier temps de notre étude ne se situe qu'à six mois de la fin du premier traitement adjuvant. Notre population de patientes peut donc être considérée comme homogène, malgré les différentes options chirurgicales retenues d'une patiente à l'autre.

#### 5.4.2. Etude comparative des patientes en fonction du type du traitement adjuvant ou néo-adjuvant

Le type de traitement adjuvant ou néo-adjuvant administré aux patientes a un impact sur de nombreuses variables psychosociales.

Il semblerait en effet que le stress perçu évalué par les patientes elles-mêmes soit significativement plus élevé lorsque le traitement qui leur est proposé est la chimiothérapie adjuvante plutôt qu'une radiothérapie exclusive ( $F=5,062$  ;  $p<0,01$ ).

Le type de traitement influence aussi la qualité de vie des patientes. Ainsi, les patientes traitées par chimiothérapie néo-adjuvante rapportent-elles une meilleure qualité de vie physique en  $T_1$  que les patientes traitées par radiothérapie ou par chimiothérapie adjuvante ( $\chi^2=17,219$  ;  $p<0,001$ ). Néanmoins, leur qualité de vie mentale en  $T_1$  a tendance à être plus altérée que celle des patientes traitées par chimiothérapie adjuvante ( $F=3,030$  ;  $p=0,051$ ).

Les patientes traitées par radiothérapie exclusive rapportent une meilleure qualité de vie mentale en  $T_3$  ( $F=4,592$  ;  $p<0,05$ ) et une meilleure qualité de vie physique en  $T_4$  ( $F=3,974$  ;  $p<0,05$ ) que les patientes ayant reçu des cures de chimiothérapie adjuvante.

L'influence du type de traitement sur le soutien social a aussi été étudiée. Les patientes traitées par chimiothérapie adjuvante se disent significativement plus satisfaites du soutien reçu en  $T_1$  et  $T_3$  que celles ayant bénéficié d'une radiothérapie exclusive (respectivement :  $F=3,364$  et  $p<0,05$  ;  $F=6,049$  et  $p<0,01$ ).

En  $T_1$ , les patientes traitées par chimiothérapie adjuvante ou radiothérapie exclusive rapportent des scores de soutien émotionnel et matériel significativement plus élevés que les patientes ayant reçu des cures de chimiothérapie néo-adjuvantes (soutien émotionnel  $T_1$  :  $F=4,228$  et  $p<0,05$  ; soutien matériel  $T_1$  :  $F=4,538$  et  $p<0,05$ ).

Enfin, le type de traitement a un impact sur certaines stratégies de coping. Ainsi, les patientes traitées par chimiothérapie adjuvante recherchent significativement plus de soutien social en  $T_1$  que les patientes traitées par radiothérapie ( $F=5,176$  ;  $p<0,01$ ).

Les patientes traitées par chimiothérapie adjuvante ont tendance à avoir plus recours à l'esprit combatif en  $T_1$  que les patientes traitées par radiothérapie ( $\chi^2=5,700$  ;  $p=0,058$ ). Les patientes recevant une chimiothérapie néo-adjuvante ont davantage recours à

l'évitement cognitif un mois après la fin du traitement par rapport aux autres patientes de l'échantillon ( $f=4,890$  ;  $p<0,01$ ) et elles auraient tendance à avoir davantage recours au coping centré sur le problème en T<sub>6</sub> que les patientes ayant été traitées par radiothérapie ( $F=3,003$  ;  $p=0,055$ ).

Nos analyses ne retrouvent aucun effet du type de traitement sur la détresse émotionnelle ou l'ajustement dyadique des patientes de l'échantillon.

Peu d'articles sur la comparaison entre les types de traitement adjuvant ont été publiés, il nous est donc difficile de confronter nos résultats à d'autres études sur le même thème.

Nos résultats montrent seulement un léger bénéfice en terme de qualité de vie pour la radiothérapie. L'étude de Buick, Petrie, Booth, Probert, Benjamin et Harvey (2000) montre effectivement que la chimiothérapie affecte davantage les patientes que la radiothérapie sur plusieurs dimensions fonctionnelles (interactions sociales, vigilance, sommeil, gestion de la vie quotidienne et activités récréatives). En revanche, Schreier et Williams (2004) ne sont pas parvenus à démontrer d'impact différentiel sur la qualité de vie selon que le traitement est une radiothérapie ou une chimiothérapie.

Les deux études citées précédemment ont permis de montrer un impact supérieur de la chimiothérapie sur l'affectivité négative et l'anxiété des patientes. Dans notre recherche, ce sont plutôt les scores de stress perçu qui sont davantage élevés pour les patientes traitées par chimiothérapie. Ces résultats paraissent cependant très logiques, les effets secondaires de la chimiothérapie étant reconnus comme plus lourds que ceux de la radiothérapie.

#### 5.4.3. Etude comparative des patientes ayant reçu un traitement par hormonothérapie ou non

Le traitement par hormonothérapie semble influencer un certain nombre des variables prises en compte dans notre étude, en particulier le soutien social et les stratégies de coping.

En ce qui concerne le soutien social, les patientes recevant un traitement par hormonothérapie reçoivent davantage de soutien émotionnel en T<sub>1</sub> ( $t=2,952$  ;  $p<0,01$ ), T<sub>3</sub> ( $t=3,416$  ;  $p<0,001$ ), T<sub>4</sub> ( $t=2,383$  ;  $p<0,05$ ), T<sub>5</sub> ( $t=2,101$  ;  $p<0,05$ ) et T<sub>6</sub> ( $t=2,298$  ;

$p < 0,05$ ), de soutien matériel en T<sub>3</sub> ( $t=3,339$  ;  $p < 0,001$ ) et T<sub>4</sub> ( $t=2,193$  ;  $p < 0,05$ ) et de soutien informatif en T<sub>4</sub> ( $t=2,257$  ;  $p < 0,05$ ). Elles rapportent aussi une plus grande disponibilité du soutien social en T<sub>3</sub> ( $t=2,400$  ;  $p < 0,05$ ).

Les patientes traitées par hormonothérapie recherchent également significativement plus de soutien social en T<sub>4</sub> ( $t=2,275$  ;  $p < 0,05$ ) et elles ont davantage recours à l'esprit combatif en T<sub>4</sub> ( $t=2,405$  ;  $p < 0,05$ ) et à l'évitement en T<sub>4</sub> ( $t=2,083$  ;  $p < 0,05$ ) et T<sub>6</sub> ( $t=2,044$  ;  $p < 0,05$ ).

Les études sur l'hormonothérapie portent essentiellement sur les effets secondaires de ce traitement (Hunter et al., 2004 ; Jenkins et al., 2004 ; Castellon et al., 2004 ; Collins et al., 2009). Il ne nous est donc pas possible de comparer nos résultats à ceux d'autres chercheurs. Toutefois, le fait que ce traitement entraîne des effets secondaires peut expliquer la quantité importante de soutien reçu par les patientes en comparaison des patientes à qui ce traitement n'a pas été administré.

#### 5.4.4. Etude comparative des patientes ayant reçu un traitement par immunothérapie ou non

Le traitement par immunothérapie (Herceptin®) n'a pas d'impact sur l'ajustement des patientes (détresse émotionnelle et qualité de vie). Il n'influence pas non plus le soutien social perçu. En revanche, les patientes traitées par immunothérapie rapportent des scores moyens d'impuissance/désespoir en T<sub>6</sub> ( $t=-2,040$  ;  $p < 0,05$ ) et de dénégation en T<sub>3</sub> ( $t=-2,271$  ;  $p < 0,05$ ), T<sub>5</sub> ( $t=-3,904$  ;  $p < 0,001$ ) et T<sub>6</sub> ( $t=-2,039$  ;  $p < 0,05$ ), significativement inférieurs à ceux des autres patientes.

Les études sur ce thème sont inexistantes. Nous sommes donc dans l'impossibilité de comparer nos résultats à d'autres travaux.

#### 5.4.5. Bilan des études comparatives et discussion

L'ensemble des études descriptives et comparatives présentées ici nous permettent de voir que :

- le statut familial ne semble pas influencer l'ajustement des patientes de notre échantillon à leur cancer ;
- les patientes dont le conjoint a accepté de participer à l'étude ne se distinguent des autres patientes de l'échantillon que sur une seule variable : le contrôle émotionnel ;
- les types de traitement (chirurgie, premier traitement adjuvant ou néo-adjuvant, hormonothérapie, immunothérapie) n'ont pas d'impact sur la détresse émotionnelle et l'ajustement dyadique des patientes de notre échantillon ;
- le type de premier traitement adjuvant ou néo-adjuvant influence de nombreuses variables (qualité de vie, stress perçu, soutien social et coping) ;
- l'hormonothérapie influence la perception du soutien social et l'adoption de certaines stratégies de coping ;
- l'immunothérapie influence également l'adoption de certaines stratégies de coping.

Au total, notre échantillon peut être considéré comme homogène en terme de détresse émotionnelle et d'ajustement dyadique quel que soit le traitement reçu par les patientes. Toutefois, les différents traitements néo-adjuvants et adjuvants (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie et immunothérapie) semblent influencer un nombre important de variables autres (qualité de vie, stress perçu, soutien social, coping...) et cela peut biaiser une partie des résultats à venir. Il conviendra donc d'en tenir compte.

**TROISIEME PARTIE. RESULTATS DE LA  
RECHERCHE ET DISCUSSIONS PARTIELLES**

Dans cette troisième partie, seront présentées cinq études différentes.

La première consiste à décrire l'évolution temporelle de la qualité de vie, de la détresse émotionnelle, de l'ajustement dyadique, du soutien social et des stratégies de coping des patientes, mais aussi de leur conjoint.

La seconde, également descriptive, permet d'étudier les relations entre les scores des patientes et des conjoints sur les variables citées précédemment et sur le contrôle émotionnel.

Les trois dernières études consistent en une série d'analyses dyadiques permettant d'étudier l'impact de certaines variables sur d'autres facteurs considérés comme variables dépendantes. Elles ont pour originalité d'étudier cet impact à un niveau intraindividuel, mais aussi interindividuel. Ces trois études sont les suivantes :

- étude dyadique de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie,
- étude dyadique du coping,
- étude dyadique du soutien social spécifique au cancer.

Les temps de mesure pris en compte pour ces trois dernières études sont les temps  $T_1$  (début du premier traitement adjuvant ou néo-adjuvant),  $T_4$  (un mois après la fin du premier traitement adjuvant ou néo-adjuvant) et  $T_6$  (six mois après la fin du premier traitement adjuvant ou néo-adjuvant) et les analyses statistiques employées sont similaires. Ces études dyadiques devraient nous permettre de déterminer un certain nombre de facteurs protecteurs et de vulnérabilité dans l'ajustement au cancer du sein des couples intégrés à notre étude.

Pour chacune des cinq études, nous présenterons les résultats en trois étapes : rappel de l'hypothèse, présentation des résultats et discussion partielle reprenant l'ensemble des résultats obtenus.

# CHAPITRE 1. L'ÉVOLUTION TEMPORELLE DE CERTAINES VARIABLES

## 1.1. Rappel de l'hypothèse 1

La détresse émotionnelle, la qualité de vie, l'ajustement dyadique, le soutien social et les stratégies de coping des patientes et de leur conjoint évoluent selon les différentes phases de la maladie.

Du côté des patientes, la qualité de vie se détériore durant les traitements puis s'améliore progressivement. La détresse émotionnelle et l'ajustement dyadique restent stables tout au long du suivi. Le soutien social et le recours aux stratégies de coping s'atténuent avec le temps.

Les caractéristiques des partenaires suivent une évolution parallèle à celle des patientes.

## 1.2. Résultats relatifs à l'hypothèse 1

### 1.2.1. Evolution de la qualité de vie et de la détresse émotionnelle

L'évolution des critères a été étudiée séparément pour l'ensemble des patientes et des partenaires ayant participé à l'étude. Les temps pris en compte dans cette analyse sont les temps  $T_1$ ,  $T_3$ ,  $T_4$ ,  $T_5$  et  $T_6$ <sup>14</sup>. Les résultats sur l'évolution de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie des patientes et des partenaires sont présentés dans le tableau 16.

---

<sup>14</sup> Le temps  $T_2$  a été exclu de l'analyse car il n'a pas été réalisé pour les patientes ayant reçu comme premier traitement adjuvant de la radiothérapie. En effet, la durée de ce traitement nous a paru trop courte pour proposer une évaluation en milieu de radiothérapie (environ deux ou trois semaines après la première évaluation).

Tableau 16 : Moyenne et écart-type des « critères » à chaque temps et F associé

Variables	Moyenne T <sub>1</sub> (début ttt) Patientes Partenaires	Moyenne T <sub>3</sub> (fin ttt) Patientes Partenaires	Moyenne T <sub>4</sub> (1 mois) Patientes Partenaires	Moyenne T <sub>5</sub> (3 mois) Patientes Partenaires	Moyenne T <sub>6</sub> (6 mois) Patientes Partenaires	F
<i>Détresse Emotionnelle</i>						
Anxiété	7,46 (3,96)	5,92 (3,50)	6,51 (7,11)	7,11 (3,74)	6,97 (3,70)	5,078***
	7,67 (3,27)	6,59 (3,42)	6,74 (3,47)	6,04 (2,83)	6,52 (3,59)	2,411
Dépression	3,32 (3,88)	3,71 (3,03)	3,58 (3,16)	3,91 (3,66)	3,53 (3,36)	0,682
	4,37 (3,90)	4,67 (3,62)	4,56 (3,18)	3,81 (3,21)	3,70 (3,16)	1,318
<i>Qualité de Vie</i>						
QDV physique	41,30 (10,45)	41,37 (10,60)	40,94 (8,25)	41,63 (8,93)	45,62 (10,72)	5,249***
	54,94 (6,08)	53,32 (8,67)	51,51 (9,71)	52,29 (6,08)	55,06 (7,52)	2,535
QDV mentale	45,61 (7,47)	40,46 (7,89)	40,39 (5,93)	47,45 (11,10)	43,78 (6,12)	11,302***
	42,88 (5,87)	37,68 (8,90)	39,64 (6,67)	49,63 (9,01)	43,51 (5,13)	10,294***

\*\*\*p<0,001

Trois scores évoluent significativement entre T<sub>1</sub> et T<sub>6</sub>.

Le score moyen d'anxiété des patientes est élevé lors du début du traitement (T<sub>1</sub>). Il diminue ensuite de manière significative entre T<sub>1</sub> et T<sub>3</sub> (fin du premier traitement adjuvant) pour augmenter à nouveau entre T<sub>3</sub> et T<sub>5</sub> (3 mois après la fin du premier traitement adjuvant) et se stabiliser. Le diagramme 1 présente cette évolution.

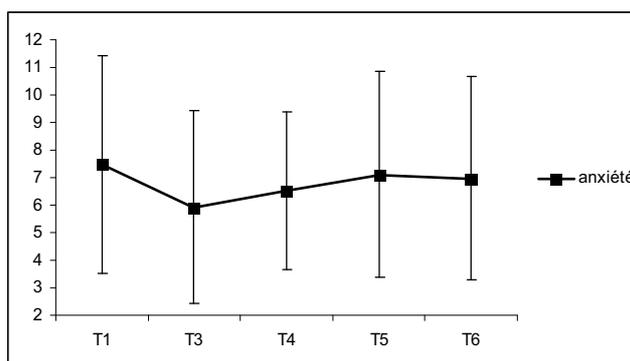


Diagramme 1 : Evolution de l'anxiété des patientes

Le score moyen de qualité de vie physique des patientes est relativement bas en début d'étude et se maintient jusqu'à trois mois après la fin du premier traitement adjuvant (T<sub>5</sub>). Ce n'est qu'à partir de T<sub>6</sub> (6 mois après la fin du premier traitement adjuvant) que la qualité de vie physique des patientes s'améliore de manière significative.

Les scores moyens de qualité de vie mentale des patientes et des partenaires évoluent tout au long de l'étude. En ce qui concerne les patientes, leur qualité de vie mentale se dégrade significativement entre T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, s'améliore ensuite entre T<sub>4</sub> et T<sub>5</sub>, pour finir par se stabiliser au même niveau qu'en début d'étude. Les scores moyens des partenaires restent stables entre T<sub>1</sub> et T<sub>3</sub>. Ils augmentent ensuite progressivement mais

significativement entre T<sub>3</sub> et T<sub>5</sub>, pour diminuer de manière seulement tendancielle (p=0,06) entre T<sub>5</sub> et T<sub>6</sub>. Comparés aux normes françaises, les scores de qualité de vie mentale de notre échantillon sont faibles tout au long du suivi (Gandek et al., 1998). Les diagrammes 2 et 3 résument les résultats concernant la qualité de vie.

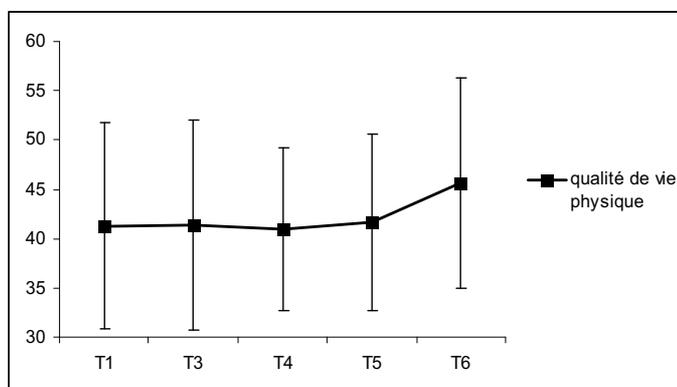


Diagramme 2 : Evolution de la qualité de vie physique des patientes

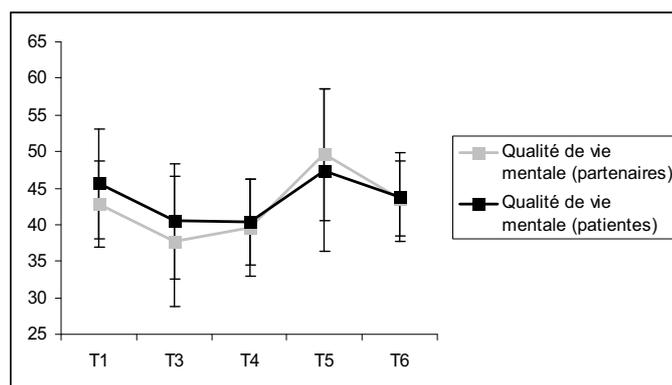


Diagramme 3 : Evolution de la qualité de vie mentale des patientes et des partenaires

La détresse émotionnelle et la qualité de vie physique des partenaires sont restées stables tout au long du suivi, avec des scores de qualité de vie assez élevés pour les partenaires comparés à ceux de la population générale et de la même tranche d'âge (Gandek et al., 1998).

La symptomatologie dépressive des patientes semble également ne pas évoluer entre le début des traitements adjuvants et six mois après leur fin : les scores moyens restent relativement faibles.

Si l'on tient compte du score seuil de 8 pour les sous échelles de symptomatologies anxieuse et dépressive, 45,5% des patientes et 43,5% des partenaires présentent des scores moyens supérieurs aux scores seuil d'anxiété et 13% des patientes et 17,5% des partenaires présentent des scores moyens supérieurs aux scores seuil de dépression.

### 1.2.2. Evolution de l'ajustement dyadique, du soutien social et du coping

L'évolution des variables « transactionnelles » a également été étudiée séparément pour l'ensemble des patientes et des partenaires. Les temps retenus dans cette analyse sont aussi les temps T<sub>1</sub>, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, T<sub>5</sub> et T<sub>6</sub>. Seul l'ajustement dyadique n'a été évalué qu'en T<sub>1</sub>, T<sub>4</sub>, et T<sub>6</sub> dans le but d'alléger le protocole. Les résultats sur l'évolution de l'ajustement dyadique, mais aussi du soutien social et du coping (généraux et spécifiques) sont présentés dans le tableau 17. À ce tableau ont aussi été rapportées les moyennes et écart-types du contrôle émotionnel et du stress perçu par rapport au diagnostic et au premier traitement adjuvant.

Les scores moyens de contrôle émotionnel rapportés par les patientes sont relativement élevés par rapport à ceux d'autres échantillons similaires (Ando et al., 2009 ; Goodwin et al., 2004). Les scores moyens de stress perçu sont, eux, à peine au-dessus de 50 (les scores s'étalant de 0 à 100).

Tableau 17 : Moyennes et écarts-types des scores de contrôle émotionnel, de stress perçu, d'ajustement dyadique, de soutien social et de coping selon le temps et F associé

Variables	Moyenne T <sub>1</sub> (début tt)	Moyenne T <sub>3</sub> (fin tt)	Moyenne T <sub>4</sub> (1 mois)	Moyenne T <sub>5</sub> (3 mois)	Moyenne T <sub>6</sub> (6 mois)	F
<i>Contrôle émotionnel</i>						
Colère	16,22 (5,49)					
	17,56 (4,44)					
Tristesse	20,07 (5,42)					
	19,91 (4,03)					
Anxiété	19,56 (5,32)					
	20,70 (4,20)					
Contrôle émotionnel	56,16 (13,62)					
	58,30 (10,17)					
<i>Stress perçu</i>						
Par rapport au diagnostic	57,56 (33,90)					
	61,17 (26,85)					
Par rapport au traitement	54,42 (33,72)					
	51,07 (29,51)					
<i>Ajustement Dyadique</i>						
Degré d'accord	47,69 (6,87)		45,58 (7,85)		45,81 (7,90)	4,079*
	48,11 (6,38)		46,00 (7,92)		47,96 (7,27)	1,932
Qualité des interactions	25,86 (5,26)		24,98 (6,48)		25,26 (6,08)	1,210
	25,32 (5,19)		25,18 (5,72)		25,71 (5,18)	0,308
Ajustement dyadique total	73,55 (11,40)		70,88 (13,81)		70,86 (13,57)	2,569
	73,18 (10,65)		70,89 (13,29)		73,96 (12,09)	1,602
<i>Soutien Social</i>						
Disponibilité	22,67 (12,27)	21,07 (12,41)	20,78 (13,06)	20,29 (12,89)	19,04 (12,08)	3,315*
	15,53 (6,15)	17,63 (9,87)	16,05 (8,19)	15,47 (7,29)	14,89 (6,64)	1,097
Satisfaction	32,30 (4,24)	31,61 (5,35)	30,21 (5,95)	30,47 (5,17)	30,21 (5,39)	8,316***
	30,26 (5,98)	29,09 (4,75)	29,26 (5,21)	29,39 (5,73)	28,43 (5,65)	1,713
<i>Soutien Social Spécifique au Cancer</i>						
Emotionnel	35,90 (6,31)	33,58 (6,10)	32,22 (7,52)	31,45 (7,60)	31,64 (7,68)	11,38***
	30,82 (7,05)	29,04 (6,83)	28,18 (7,01)	29,32 (6,83)	27,09 (5,37)	2,870*
Matériel et Distractif	18,04 (4,49)	16,81 (3,98)	16,97 (4,45)	16,19 (4,32)	16,07 (4,48)	7,928***
	14,13 (4,09)	13,13 (4,70)	13,30 (4,75)	13,22 (4,06)	12,56 (4,38)	1,442
Informatif	7,67 (1,80)	6,36 (2,04)	6,55 (1,96)	6,32 (1,83)	6,00 (2,10)	13,79***
	7,43 (2,04)	5,87 (2,18)	5,26 (2,24)	5,26 (2,24)	5,13 (2,32)	9,380***
Négatif	7,35 (3,33)	7,35 (3,33)	8,32 (3,43)	8,06 (3,12)	8,32 (3,60)	6,066**
	7,32 (2,85)	7,32 (2,85)	6,80 (2,43)	6,60 (2,25)	6,72 (2,21)	1,592
<i>Coping</i>						
Centré sur le problème	27,85 (6,48)	28,86 (5,94)	28,41 (5,78)	28,63 (5,31)	29,39 (5,69)	1,384
	26,91 (5,54)	26,61 (4,89)	27,22 (4,62)	28,30 (4,17)	27,22 (4,79)	1,414
Centré sur l'émotion	18,09 (5,46)	17,67 (6,03)	17,86 (5,80)	17,38 (5,69)	18,09 (6,13)	0,503
	17,35 (4,77)	16,87 (4,71)	17,26 (5,45)	16,78 (4,93)	17,04 (4,99)	0,235
Recherche de soutien social	24,57 (5,21)	24,44 (4,98)	23,48 (5,17)	23,31 (5,34)	23,51 (5,44)	2,728
	19,46 (4,63)	18,61 (3,84)	19,15 (4,27)	18,77 (4,17)	19,27 (4,48)	0,480
<i>Coping Spécifique au Cancer</i>						
Esp combatif	46,33 (7,10)	46,34 (6,75)	45,18 (7,58)	43,79 (7,95)	44,24 (7,23)	4,955**
	15,33 (4,56)	14,48 (4,87)	15,03 (4,89)	15,33 (5,65)	14,92 (5,23)	0,989
Préoccup anx	23,75 (8,20)	21,62 (8,08)	21,43 (7,88)	21,70 (8,14)	20,65 (7,05)	5,057**
	11,46 (4,06)	10,75 (3,89)	10,38 (3,93)	10,46 (3,49)	10,51 (3,74)	2,042
Dénégation	4,27 (1,68)	4,16 (1,94)	4,35 (2,31)	4,52 (2,40)	4,43 (2,42)	0,700

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

■ Patientes

■ Partenaires

### 1.2.2.1. Evolution de l'ajustement dyadique

Les scores moyens de degré d'accord et de qualité des relations interpersonnelles dans le couple sont très élevés pour notre échantillon, comparés aux scores moyens rapportés en population générale lors de la validation française de l'échelle utilisée (Antoine et al., 2008). Cependant, cette échelle a été validée sur une population jeune (moyenne d'âge : 36,9 ans) et il est assez hasardeux de comparer nos résultats à cette population, l'âge moyen de nos sujets vivant en couple étant de 49,9 ans pour les patientes et de 52,8 ans pour les conjoints.

Cette échelle a récemment été validée auprès de patients atteints d'un cancer de la prostate et leur compagne par Lafaye (2009). L'âge moyen des patients était d'environ 67 ans et celui des conjointes de 63 ans. Les moyennes pour les deux sexes étaient d'environ 70 avec un écart-type de 11. Les moyennes relevées auprès de notre population sont assez similaires, la moyenne des scores des patientes évoluant de 70 à 73,5 et celle des conjoints de 71 à 74. Mais cela pourrait aussi signifier que les personnes ayant accepté de participer à nos études ont un profil particulier.

Si l'on s'intéresse plus précisément à l'évolution des scores d'ajustement dyadique, les analyses de variance révèlent que le degré d'accord rapporté par les patientes diminue de manière significative entre T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub> (un mois après la fin du premier traitement adjuvant) pour rester ensuite au même niveau (Diagramme 4).

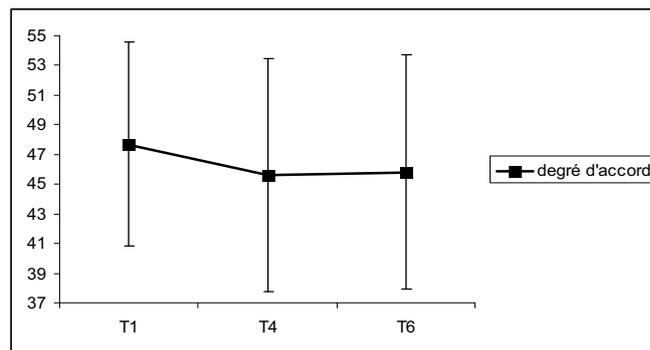


Diagramme 4 : Evolution des scores moyens de degré d'accord dans le couple pour les patientes

Le degré d'accord rapporté par les partenaires reste stable tout au long de l'étude. La qualité des relations interpersonnelles n'évolue pas non plus, que ce soit pour les patientes ou les partenaires.

### 1.2.2.2. Evolution du soutien social

Les analyses de variances des scores de soutien social tout au long de l'étude ont donné de nombreux résultats.

Les scores moyens de disponibilité du soutien des patientes intégrées à notre étude sont proches de ceux de l'échantillon de Rascle et al. (2005). En revanche, ceux des conjoints sont sensiblement inférieurs. Pour ce qui est de la satisfaction, les scores moyens sont un peu plus élevés pour les partenaires et beaucoup plus élevés pour les patientes comparés à ceux de l'échantillon de Rascle et al. (2005). Toutefois, les différences de scores avec notre échantillon peuvent s'expliquer par la situation stressante à laquelle nos sujets sont confrontés.

Les patientes voient la disponibilité du soutien diminuer progressivement entre le début du premier traitement adjuvant et 6 mois après la fin de ce traitement. La satisfaction concernant le soutien reçu diminue elle aussi entre T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub> pour ensuite se stabiliser. Ces résultats sont présentés dans le diagramme 5.

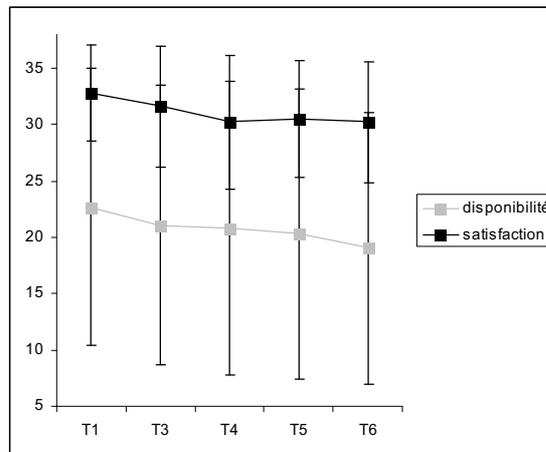


Diagramme 5 : Evolution des scores moyens de soutien social perçu par les patientes

Les partenaires présentent des scores moyens de disponibilité et de satisfaction du soutien plutôt stables tout au long de l'étude.

Les soutiens émotionnel et informatif rapportés par les patientes et conjoints diminuent significativement et de manière progressive (Diagrammes 6 et 7).

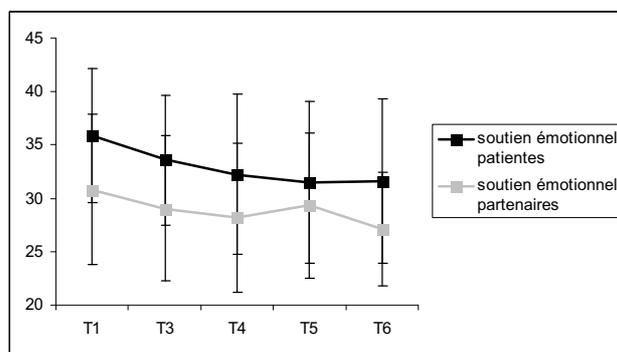


Diagramme 6 : Evolution des scores moyens de soutien émotionnel évalué par les patientes et les partenaires

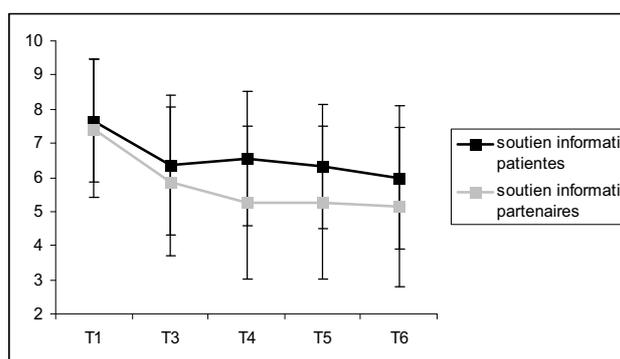


Diagramme 7 : Evolution des scores moyens de soutien informatif évalué par les patientes et les partenaires

Les analyses de variances ont aussi permis de montrer que le soutien matériel et distractif rapporté par les patientes diminue de manière significative entre T<sub>1</sub> et T<sub>6</sub>. Ce résultat est présenté dans le diagramme 8.

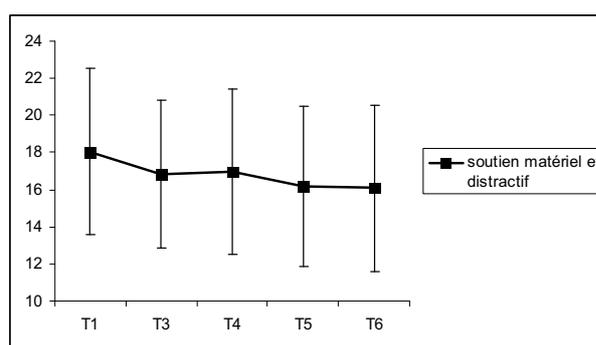


Diagramme 8 : Evolution des scores moyens de soutien matériel et distractif évalué par les patientes

Ce type de soutien ne varie pas pour les partenaires.

Comme le montre le diagramme 9, les scores moyens de soutien négatif rapporté par les patientes augmentent significativement entre T<sub>3</sub> (fin du premier traitement adjuvant) et T<sub>4</sub> (un mois plus tard), pour se stabiliser ensuite.

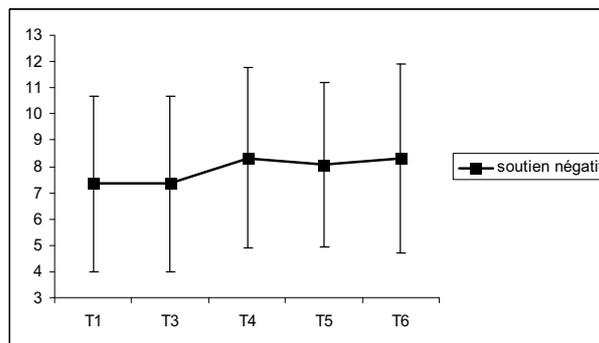


Diagramme 9 : Evolution des scores moyens de soutien négatif évalué par les patientes

Le soutien négatif rapporté par les partenaires n'est pas modifié au cours de l'étude.

### 1.2.2.3. Evolution du coping

Les trois dimensions du coping évaluées à l'aide de la WCC restent stables tout au long du suivi pour les patientes et leur partenaire.

Les scores moyens des patientes aux sous échelles « impuissance/désespoir », « évitement » et « dénégation » de la MAC n'évoluent pas non plus entre la mise en place du premier traitement adjuvant et six mois après la fin de ce traitement : ils restent plutôt bas tout au long de l'étude. En revanche, les scores moyens d'« esprit combatif » rapportés par les patientes sont assez élevés en début d'étude. Ils diminuent ensuite de façon significative entre la fin du premier traitement adjuvant (T<sub>3</sub>) et trois et six mois plus tard (T<sub>5</sub> et T<sub>6</sub>), tout en conservant des scores moyens assez élevés comparés à ceux obtenus lors de la validation française de la MAC par Cayrou et Dickès (2002). Les scores moyens de « préoccupations anxieuses » sont peu élevés en T<sub>1</sub>. Ils diminuent significativement et progressivement avec le temps. Ces résultats sont présentés dans les diagrammes 10 et 11.

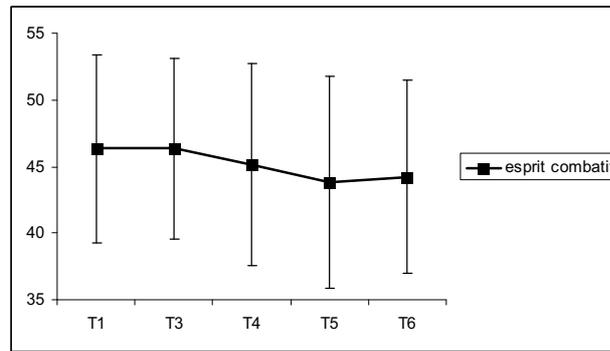


Diagramme 10 : Evolution des scores moyens d'esprit combatif chez les patientes

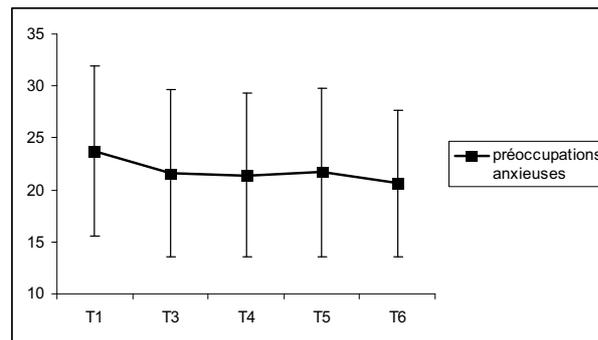


Diagramme 11 : Evolution des scores moyens de préoccupations anxieuses des patientes

### 1.3. Discussion relative à l'hypothèse 1

#### 1.3.1. La détresse émotionnelle et la qualité de vie

##### 1.3.1.1. La détresse émotionnelle

Nos résultats démontrent que le cancer du sein a un impact important et durable sur la détresse émotionnelle des patientes et de leur conjoint.

Burgess, Cornelius, Love, Graham, Richards et Ramirez (2005) ont eux aussi montré que près de 50% des patientes de leur cohorte présentaient des troubles dépressifs ou anxieux ou les deux avérés dans la première année suivant le diagnostic. Dans ce paragraphe, nous avons fait le choix de discuter nos résultats en analysant ces deux types de troubles.

Les patientes et conjoints rapportent des scores élevés d'anxiété en début d'étude (près de la moitié d'entre eux présentent des scores supérieurs aux scores seuils de la HAD) ce qui correspond très certainement au choc résiduel de l'annonce de la maladie

et à la peur des effets secondaires du traitement. Il existe effectivement des corrélations fortes entre les scores aux deux échelles visuelles analogiques de stress perçu et les scores d'anxiété à T<sub>1</sub> (Stress perçu par rapport à l'annonce de la maladie :  $r = 0,442$  et  $p < 0,001$  ; Stress perçu par rapport au traitement :  $r = 0,449$  et  $p < 0,001$ ). De nombreuses études sur ce thème avaient déjà permis de montrer que patientes et conjoints réagissaient par des niveaux élevés de détresse émotionnelle (Glanz et Lerman, 1992 ; Omne-Pontén et al., 1993 ; Baider, 1995 ; Northouse et al., 1991 ; Sirgo et al., 2001 ; Zhao et al., 2001 ; Sehlen et al., 2003 ; Wagner et al., 2006 ; Hodgkinson et al., 2007a ; Flahault et al., 2007 ; Hinnen et al., 2008). Certaines études confirment également le fait que les patientes anticipent de façon négative les effets secondaires des traitements, qu'il s'agisse de la radiothérapie (Mose et al., 2001 ; Halkett et al., 2008) ou de la chimiothérapie (Middelboe et al., 1994 ; Breen et al., 2009).

Dans un second temps, nos analyses ont permis de montrer que les scores d'anxiété des patientes diminuaient durant le traitement (effet rassurant de la prise en charge), puis augmentaient de nouveau après la fin du premier traitement adjuvant, pour se stabiliser trois mois plus tard à un niveau encore relativement élevé. Ces scores élevés d'anxiété à distance des traitements ont aussi été retrouvés par de nombreux chercheurs (Northouse, 1989a ; Bleiker et al., 2000 ; Kornblith et Ligibel, 2003 ; Millar et al., 2005 ; Mehnert et Koch, 2008 ; Van de Wiel et al., 2008 ; Cousson-Gélie et al., 2009). Ils peuvent correspondre à un sentiment de vide ou de perte lié à la fin des traitements en Service d'Oncologie et/ou Radiothérapie (Daune, 1995 ; Pelusi, 1997 ; Allen, Savadatti et Levy, 2009), ou encore à de l'incertitude et/ou une peur de la récurrence (Northouse, 1992 ; Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Pelusi, 1997 ; Arnold, 1999 ; Greimel et al., 2002 ; Kornblith et Ligibel, 2003 ; Rabin, 2003 ; Sehlen et al., 2003 ; Costanzo et al., 2007 ; Allen et al., 2009 ; Garofalo, Choppala, Hamann et Gjerde, 2009).

Certains chercheurs se sont intéressés à cette variable qu'est la peur de la récurrence. Ils l'ont décrite (Lee-Jones, Humphris, Dixon et Hatcher, 1997 ; Vickberg, 2001) et opérationnalisée dans le but de l'intégrer à des protocoles de recherche (Vickberg, 2003 ; Simard et Savard, 2009), ce qui montre bien son importance dans l'ajustement des patientes en phase de rémission.

Selon Lebel, Rosberger, Edgar et Devins (2009), ce serait la détresse émotionnelle qui entraînerait une peur du futur et non l'inverse.

Si les scores d'anxiété fluctuent pour les patientes, ils restent stables chez leur conjoint. Lethborg et al. (2003) avaient eux aussi obtenu des résultats similaires. Selon eux, les conjoints vivent le temps des traitements comme un traumatisme car ils se sentent totalement impuissants. Une fois les traitements terminés, ils tentent de reprendre le contrôle (en aidant leur compagne, en se montrant optimistes...) mais s'y épuisent. Et s'ils ont aussi à faire face à l'incertitude et à la peur de la récurrence du cancer du sein de leur femme (Lethborg et al., 2003 ; Harrow et al., 2008), ils sont parfois en décalage avec leur compagne (ils essaient de tourner la page alors que leur partenaire n'en est parfois pas encore capable). Tous ces éléments peuvent expliquer le maintien pour les conjoints de leurs niveaux élevés d'anxiété.

Nos analyses montrent aussi que la symptomatologie dépressive des deux membres du couple demeure stable tout au long de l'étude, avec des niveaux relativement bas (13% des patientes et 17,5% des conjoints sont au-delà des scores seuils de la HAD). Northouse (1989a) avait également démontré cette stabilité à dix-huit mois auprès de conjoints de patientes opérées d'un cancer du sein. En revanche, dans les études d'Hoskins (1995a) et de Segrin et al. (2006), la détresse émotionnelle des partenaires diminue avec le temps.

Il est difficile de comparer le taux de dépression de nos patientes à ceux retrouvés dans d'autres études (entre 10 et 25% pour Fann et al., 2008 ; 22% pour Mehnert et Koch, 2008 ; 2,8% pour Brintzenhofe-Szoc et al., 2009). En revanche, les niveaux que nous avons retrouvés pour les partenaires de notre échantillon sont inférieurs à ceux décrits par d'autres chercheurs (Segrin et al., 2006 ; Bigatti et al., *sous presse*).

Si ces résultats ne sont pas alarmants, ils témoignent de l'impact important et durable que peut avoir le cancer du sein sur les patientes et leur conjoint.

La qualité de vie des deux membres du couple subit également des fluctuations.

#### 1.3.1.2. La qualité de vie

La qualité de vie mentale semble suivre une évolution très similaire pour les patientes et les partenaires : elle diminue ou reste à des niveaux bas durant le traitement pour s'améliorer ensuite à partir de la fin du traitement pour les conjoints, et un mois plus tard pour les patientes, pour se stabiliser, voire diminuer un peu entre T<sub>5</sub> et T<sub>6</sub>.

Nous voyons donc que les traitements affectent considérablement la qualité de vie mentale des patientes et des partenaires, dont les scores moyens sur cette variable sont nettement inférieurs à ceux relevés par Gandek et al. (1998) dans la population générale française ayant entre 45 et 74 ans. Ces scores s'améliorent tout de même lorsque les traitements sont terminés mais ils restent relativement faibles tout au long du suivi. De tels résultats avaient aussi été obtenus par Wagner et al. (2006) sur leur échantillon de conjoints de patientes atteintes d'un cancer du sein.

Nos analyses permettent aussi de montrer une évolution parallèle des scores de qualité de vie mentale des patientes et des partenaires, tout comme Segrin et al. (2005).

Pour ce qui est de la qualité de vie physique, si elle reste bonne et stable de T<sub>1</sub> à T<sub>6</sub> pour les conjoints (toujours comparativement aux scores moyens relevés en population générale), celle des patientes est, sans surprise, très faible dès les premiers temps de l'étude. Notre temps T<sub>1</sub> correspond pour la majorité des patientes à un mois après leur traitement chirurgical. Cet impact de la chirurgie sur la qualité de vie des patientes est reconnu depuis longtemps (Arora et al., 2001 ; Ganz et al., 2004). Il en est de même pour l'impact des traitements adjuvants (Cowley et al., 2000 ; Arora et al., 2001 ; Lee, 2001 ; Stead, 2003 ; Ganz et al., 2004 ; Deshields et al., 2005 ; Knopf et Sun, 2005 ; Lemieux et al., 2008 ; Vandebossche et al., 2009). Dans notre étude, il faut attendre six mois après la fin du premier traitement adjuvant pour observer une amélioration nette. Ce temps de récupération relativement long a aussi été démontré par d'autres chercheurs (Carter et Carter, 1993 ; Hoskins, 1995a ; Cousson-Gélie et al., 2009). Néanmoins, la qualité de vie physique des patientes de notre échantillon reste inférieure aux scores moyens relevés dans la population générale française (Gandek et al., 1998), comme c'est aussi le cas dans d'autres études (Mehnert et Koch, 2008 ; Cousson-Gélie et al., 2009), certains effets secondaires perdurant dans le temps (Paskett et al., 2008).

Nous voyons donc que les traitements bouleversent les patientes mais aussi les partenaires. Ils sont lourds et retentissent de façon prolongée sur l'ajustement de ces derniers. La fin des traitements représente un soulagement, mais celui-ci paraît être de courte durée puisque de nouvelles angoisses peuvent apparaître ensuite. Des suivis de cohorte plus longs pourraient permettre d'observer l'impact de cette maladie à plus long terme.

### 1.3.2. L'ajustement dyadique

L'étude de l'impact de la maladie et des traitements sur l'évolution de l'ajustement dyadique a permis de montrer que l'ajustement dyadique rapporté par les conjoints reste stable dans le temps. En revanche, le degré d'accord rapporté par les patientes serait légèrement altéré suite au premier traitement adjuvant et le resterait par la suite. Les patientes ont donc le sentiment que la maladie a un impact négatif sur l'harmonie dans leur couple.

Nous n'avons trouvé aucune étude portant sur l'évolution de l'ajustement dyadique des couples confrontés au cancer du sein. En revanche, Lafaye (2009) a mené une étude auprès de couples touchés par le cancer de la prostate. Que ce soit chez les patients ou leur conjointe, les scores d'ajustement dyadique restent stables tout au long des quatre temps pris en compte (du premier jour du traitement à quatre mois après la fin du traitement).

### 1.3.3. Le soutien social

Le soutien social apporté aux couples touchés par le cancer du sein se modifie aussi avec le temps. Les patientes rapportent une diminution de la disponibilité du soutien sur l'ensemble du suivi et de la satisfaction associée durant le premier traitement adjuvant.

Cette étude permet aussi de dénoncer que les patientes et partenaires reçoivent de moins en moins de soutien émotionnel et informatif au fur et à mesure que le temps passe. Le soutien matériel et distractif apporté aux patientes diminue également de manière progressive de T<sub>1</sub> à T<sub>6</sub>, alors qu'il reste stable mais bien inférieur pour les conjoints. Il semblerait donc qu'il y ait une mobilisation de l'entourage suite à l'annonce du diagnostic mais que celle-ci ne soit pas soutenue. Or, la qualité de vie des patientes ne s'améliore que six mois après la fin du premier traitement adjuvant et leur anxiété reste élevée tout au long du suivi. On peut donc supposer que les besoins en terme de soutien sont encore présents après la fin des traitements.

Ces résultats sur la diminution du soutien social perçu dans le temps sont concordants avec ceux retrouvés dans la littérature, à la fois sur les patientes atteintes d'un cancer du sein (Neuling et Winefield, 1988 ; Northouse et al., 1998 ; Arora et al., 2007 ;

Hartmann, 2007 ; Makabe et Nomizu, 2007 ; Lu, Cui, Chen, Zheng, Gu, Cai, Zheng et Shu, 2009 ; Den Oudsten et al., 2010), mais aussi leur partenaire (Northouse, 1988 ; Segrin et al., 2006).

Le soutien négatif ne varie que pour les patientes : il augmente dans le mois suivant la fin du premier traitement adjuvant, période durant laquelle les patientes ressentent encore les effets secondaires du traitement ou en démarrent un autre (radiothérapie ou hormonothérapie). Les études sur le soutien négatif étant extrêmement rares, nous ne disposons d'aucune référence nous permettant de confronter nos résultats à d'autres travaux.

#### 1.3.4. Le coping

L'évolution des stratégies de coping dans le temps a été peu étudiée. D'un point de vue théorique, cela est pourtant intéressant. Ces stratégies sont adaptatives et devraient donc évoluer en fonction des modifications des situations considérées comme stressantes.

Il semblerait pourtant que le recours aux stratégies de coping générales (coping centré sur le problème, coping centré sur l'émotion et recherche de soutien social) soit stable dans le temps pour les patientes mais aussi pour les partenaires. Si l'on compare les données de notre échantillon à celui de Cousson-Gélie (1997), les scores moyens de coping centré sur le problème des patientes restent élevés tandis que ceux de coping centrés sur l'émotion sont plutôt bas.

Les scores d'impuissance/désespoir, de dénégation et d'évitement restent faibles tout au long du suivi. En revanche, l'esprit combatif et les préoccupations anxieuses sont plus sensibles aux variations selon les différents temps de l'étude. Les patientes rapportent des scores élevés d'esprit combatif tout le long de l'étude, mais ceux-ci sont plus élevés au début du traitement et diminuent progressivement une fois les traitements terminés. Les préoccupations anxieuses sont, elles, peu élevées et diminuent progressivement de T<sub>1</sub> à T<sub>6</sub>. Cette diminution des scores d'esprit combatif et de préoccupations anxieuses a également été démontrée par Cousson-Gélie et al. (2009) sur un échantillon de 110 patientes opérées pour un cancer du sein et suivies jusqu'à 13 mois après le traitement chirurgical.

Nos résultats sont aussi proches de ceux de Carver et al. (1993) ou Jadoulle et al. (2006) : la plupart des stratégies sont stables ou moins utilisées au fil des mois. Certains auteurs ont démontré que les patientes étaient capables à distance des traitements d'accepter la maladie ou de s'en détacher (Carver et al., 1993 ; Roussi et al., 2007 ; Danhauer et al., 2009). Malheureusement, les outils choisis pour cette étude ne permettent pas d'évaluer ces dimensions. Le facteur « évitement » ne prend pas en compte cet aspect positif de la mise à distance. Les items qui le composent sont plutôt négatifs, ils témoignent d'un refus de la patiente de se laisser envahir par des pensées sur la maladie, pas d'un recul par rapport au cancer du sein. Des entretiens qualitatifs menés avec les patientes permettraient d'avoir accès à ce type d'information.

### 1.3.5. Conclusion

Dans notre première hypothèse (H1), nous nous attendions à ce que l'évolution des différentes variables prises en compte dans notre étude, soit dépendante des différentes phases de la maladie. Effectivement, certaines variables évoluent dans le sens d'une diminution ou d'une augmentation de manière progressive entre le début des traitements et six mois après leur fin (anxiété, qualité de vie, soutien social, coping). Et d'autres sont marquées par des changements un mois après la fin du premier traitement adjuvant en T<sub>4</sub> (qualité de vie, ajustement dyadique, soutien social). Il semblerait donc que le temps des traitements soit marqué par un vécu tout particulier et que leur fin entraîne des remaniements dans l'ajustement des couples et le soutien qu'ils reçoivent.

Nous nous attendions également :

- à une évolution propre à chaque variable ;
- à une évolution parallèle de l'ajustement des patientes et de leur conjoint.

En ce qui concerne la qualité de vie des patientes, nous pensions qu'elle serait affectée le temps du premier traitement adjuvant et qu'elle s'améliorerait progressivement dès la fin de ce traitement. Il s'avère que la qualité de vie physique des patientes est bien altérée le temps des traitements, mais qu'il faut plus de temps (six mois) pour qu'une amélioration soit ressentie. Leur qualité de vie mentale est détériorée le temps du traitement. Elle s'améliore dès la fin du traitement, mais se trouve de nouveau altérée quelques mois plus tard. La qualité de vie des partenaires suit une évolution parallèle à

celle des patientes. En revanche, leur qualité de vie physique reste bonne et stable tout au long du suivi.

Concernant l'ajustement psychologique des patientes et des partenaires, nous nous attendions à ce que les scores de détresse émotionnelle soit supérieurs à ceux de la population générale et qu'ils restent stables et élevés tout au long du suivi. En réalité, il convient de distinguer les symptomatologies anxieuse et dépressive. Pour les deux membres du couple, les scores de dépression restent faibles et stables de T<sub>1</sub> à T<sub>6</sub>. La symptomatologie anxieuse des patientes semble dépendante des phases de la maladie : elle diminue le temps des traitements (effet anxiolytique des traitements), pour augmenter après leur fin et se stabiliser à des niveaux encore élevés. En revanche, l'anxiété des partenaires est importante et reste stable tout au long du suivi.

L'ajustement dyadique reste stable de T<sub>1</sub> à T<sub>6</sub> pour les deux membres du couple, excepté pour le degré d'accord qui diminue après la fin des traitements pour les patientes.

De manière générale, nous nous attendions à ce que le soutien social perçu et l'adoption des stratégies de coping diminuent progressivement entre le temps des traitements et six mois après leur fin. Nos résultats montrent en effet que les scores moyens sur ces variables diminuent ou bien restent stables. La disponibilité et la satisfaction du soutien social restent stables pour les conjoints (à des niveaux inférieurs aux patientes) tandis qu'elles diminuent pour les patientes. Les soutiens émotionnel et informatif s'atténuent pour les deux membres du couple avec le temps. C'est aussi le cas du soutien matériel pour les patientes (celui des conjoints reste stable mais inférieur à celui reçu par les patientes). Les conjoints rapportent un soutien négatif stable, tandis que les patientes voient ce soutien augmenter après la fin des traitements.

Enfin, les stratégies de coping adoptées par les deux membres du couple restent stables tout au long du suivi. Seuls les scores d'esprit combatif et de préoccupations anxieuses diminuent progressivement pour les patientes de T<sub>1</sub> à T<sub>6</sub>.

Certaines variables suivent donc une évolution parallèle chez les patientes et les partenaires (qualité de vie mentale, symptomatologie dépressive, qualité des interactions, soutiens émotionnel et informatif, coping), alors que d'autres (qualité de vie physique, symptomatologie anxieuse, degré d'accord dans le couple, disponibilité et satisfaction du soutien social, soutien matériel, soutien négatif) suivent une évolution propre à chaque membre du couple (patiente ou partenaire) : bien souvent une évolution chez les patientes et une stabilité chez les partenaires. On pourrait se poser la question

de l'impact de ces différences sur l'ajustement ultérieur des deux membres du couple (ajustements individuel et dyadique).

Pour l'ensemble des études et analyses suivantes, nous avons intégré uniquement les données des partenaires et de leur compagne, notre objet de recherche étant l'ajustement des couples au cancer du sein. Les données des autres patientes (patientes vivant seules, patientes vivant en couple mais dont le conjoint n'a pas participé à l'étude) ont été exclues.

Suite à l'étude de l'évolution de la détresse émotionnelle, de la qualité de vie, du soutien social, de l'ajustement dyadique et du coping, il nous a paru plus intéressant de conserver les temps T<sub>1</sub>, T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. En effet, certaines variables évoluent dans le sens d'une diminution ou d'une augmentation de manière progressive entre T<sub>1</sub> et T<sub>6</sub>, d'autres sont marquées par des changements un mois après la fin du premier traitement adjuvant en T<sub>4</sub>. De plus, l'ajustement dyadique n'a été évalué qu'à ces trois temps de mesure et il nous semble essentiel d'intégrer cette variable à nos analyses, compte-tenu de nos hypothèses.

## CHAPITRE 2. RELATIONS ENTRE LES SCORES DES PATIENTES ET DES PARTENAIRES

### 2.1. Rappel de l'hypothèse 2

Les patientes rapportent une qualité de vie physique et un ajustement dyadique plus altérés mais aussi une détresse émotionnelle moins importante et une qualité de vie mentale moins altérée que les conjoints. Leurs scores moyens aux sous-échelles de soutien social et de stratégies de coping sont en revanche supérieurs à ceux de leur conjoint. Enfin, les partenaires contrôlent davantage leurs émotions que les patientes.

Les scores des patientes et des partenaires sont corrélés de façon positive pour l'ensemble des variables de l'étude.

### 2.2. Résultats relatifs à l'hypothèse 2

La comparaison des moyennes des patientes et de leur partenaire pour les différentes variables montre que :

- les scores moyens d'anxiété, de dépression, de degré d'accord dans le couple et de coping centré sur l'émotion ne sont pas significativement différents entre les patientes et les partenaires, et ce aux trois temps de mesure pris en compte ;
- Le score moyen de qualité de vie physique est plus élevé pour les partenaires que pour les patientes à tous les temps de l'étude ( $T_1$  :  $t=-7,48$  et  $p<0,001$  ;  $T_4$  :  $t=-4,58$  et  $p<0,001$  ;  $T_6$  :  $t=-3,01$  et  $p<0,01$ ). Le score moyen de qualité de vie mentale est en revanche plus élevé pour les patientes que pour les partenaires au début du traitement ( $t=2,20$  et  $p<0,05$ ) ;
- Le score moyen de qualité des relations interpersonnelles dans le couple est plus élevé en début d'étude pour les patientes que pour les partenaires ( $t=2,00$  et  $p<0,05$ ) ;
- En ce qui concerne le soutien social, le score moyen de satisfaction est plus élevé pour les patientes en  $T_1$  ( $t=0,04$  et  $p<0,001$ ), celui de

- disponibilité du soutien social est plus élevé également pour les patientes en T<sub>1</sub> (t=3,01 et p<0,01) et T<sub>4</sub> (t=2,30 et p<0,05);
- Si l'on s'intéresse aux sous dimensions du soutien social spécifique au cancer, les scores moyens de soutiens émotionnel (T<sub>1</sub> : t=6,12 et p<0,001 ; T<sub>4</sub> : t=4,56 et p<0,001 ; T<sub>6</sub> : t=2,22 et p<0,05) et matériel (T<sub>1</sub> : t=4,69 et p<0,001 ; T<sub>4</sub> : t=5,53 et p<0,001 ; T<sub>6</sub> : t=3,93 et p<0,001) sont plus élevés pour les patientes que pour les partenaires aux trois temps de mesure pris en compte. Les scores moyens de soutien informatif (t=3,55 et p<0,001) et négatif (t=2,07 et p<0,05) sont plus élevés pour les patientes que pour les partenaires en T<sub>4</sub> ;
  - En ce qui concerne le coping, les scores moyens de recherche de soutien social (T<sub>1</sub> : t=8,06 et p<0,001 ; T<sub>4</sub> : t=6,24 et p<0,001 ; T<sub>6</sub> : t=4,61 et p<0,001) et de coping centré sur le problème (T<sub>4</sub> : t=3,30 et p<0,001 ; T<sub>6</sub> : t=4,15 et p<0,001) sont plus élevés pour les patientes que pour les partenaires respectivement en T<sub>1</sub>, T<sub>4</sub>, T<sub>6</sub>, et T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> ;
  - Enfin, les scores moyens de contrôle de la colère (t=-3,06 et p<0,01), de contrôle de l'anxiété (t=-2,30 et p<0,05) et de contrôle émotionnel général (t=-2,87 et p<0,01) sont plus élevés pour les partenaires que pour les patientes.

Nous avons également calculé les corrélations entre les scores des patientes et des partenaires aux temps T<sub>1</sub>, T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> sur les variables retenues plus haut.

Des corrélations significatives et positives sont observées entre les scores des patientes et des conjoints pour les deux dimensions de l'ajustement dyadique aux trois temps de l'étude pris en compte (degré d'accord T<sub>1</sub> : r=0,385 et p<0,01 ; T<sub>4</sub> : r=0,781 et p<0,001 ; T<sub>6</sub> : r=0,736 et p<0,001 ; qualité des relations interpersonnelles T<sub>1</sub> : r=0,413 et p<0,001 ; T<sub>4</sub> : r=0,672 et p<0,001 ; T<sub>6</sub> : r=0,623 et p<0,001), pour la disponibilité du soutien social aux temps 1 et 4 (T<sub>1</sub> : r=0,459 et p<0,001 ; T<sub>4</sub> : r=0,498 et p<0,01), pour la satisfaction du soutien social aux trois temps retenus (T<sub>1</sub> : r=0,434 et p<0,001 ; T<sub>4</sub> : r=0,463 et p<0,01 ; T<sub>6</sub> : r=0,445 et p<0,01), pour le soutien émotionnel en T<sub>1</sub> (r=0,353 et p<0,01), pour le soutien matériel et distractif aux trois temps retenus (T<sub>1</sub> : r=0,324 et p<0,01 ; T<sub>4</sub> : r=0,405 et p<0,01 ; T<sub>6</sub> : r=0,551 et p<0,001), pour le soutien informatif en T<sub>1</sub> (r=0,253 et p<0,05) et T<sub>6</sub> (r=0,393 et p<0,05), pour le soutien négatif en T<sub>6</sub> (r=0,354 et p<0,05) et pour le coping centré sur l'émotion aux temps 4 et 6 (T<sub>4</sub> : r=0,323 et p<0,05 ; T<sub>6</sub> : r=0,429 et p<0,01).

Ces résultats sont présentés dans les tableaux 18 et 19.

Tableau 18 : Comparaisons de moyennes et corrélations entre les scores des patientes et des partenaires en T<sub>1</sub>

<b>Variab</b> les	<b>Patiente</b>	<b>Partenaire</b>	<b>t</b>	<b>r</b>
Contrôle émotionnel	52,12 (14,23)	58,41 (10,23)	<b>-2,30*</b>	0,157
Contrôle de la colère	14,64 (5,32)	17,59 (4,47)	<b>-3,06**</b>	-0,022
Contrôle de l'anxiété	18,75 (5,67)	20,75 (4,22)	<b>-2,30*</b>	0,057
Contrôle de la tristesse	18,53 (5,65)	19,94 (4,05)	-1,65	-0,029
Anxiété T <sub>1</sub>	7,74 (4,08)	7,78 (3,67)	-0,07	0,151
Dépression T <sub>1</sub>	3,38 (3,54)	4,14 (3,27)	-1,33	0,008
Qualité de vie physique T <sub>1</sub>	40,81 (10,30)	53,16 (9,16)	<b>-7,48***</b>	-0,006
Qualité de vie mentale T <sub>1</sub>	45,14 (7,22)	42,57(6,60)	<b>2,20*</b>	0,001
Degré d'accord T <sub>1</sub>	48,40 (6,94)	47,76 (7,04)	0,51	<b>0,385**</b>
Qualité des relations interpersonnelles T <sub>1</sub>	26,84 (4,94)	25,16 (4,93)	<b>2,00*</b>	<b>0,413***</b>
Disponibilité T <sub>1</sub>	21,51 (11,57)	15,61 (10,74)	<b>3,01**</b>	<b>0,459***</b>
Satisfaction T <sub>1</sub>	33,12 (3,52)	29,74 (5,54)	<b>4,04***</b>	<b>0,434***</b>
Soutien émotionnel T <sub>1</sub>	36,95(5,59)	29,69(7,45)	<b>6,12***</b>	<b>0,353**</b>
Soutien matériel et distractif T <sub>1</sub>	18,88(4,41)	15,05(4,93)	<b>4,69***</b>	<b>0,324**</b>
Soutien informatif T <sub>1</sub>	7,75 (1,77)	7,17 (2,03)	1,74	<b>0,253*</b>
Soutien négatif T <sub>1</sub>	7,48 (3,32)	7,36 (2,86)	0,21	0,066
Coping centré sur l'émotion T <sub>1</sub>	18,46 (5,97)	17,65 (4,94)	0,85	0,100
Coping centré sur le problème T <sub>1</sub>	28,01 (6,67)	26,48 (5,36)	0,14	0,135
Recherche de soutien social T <sub>1</sub>	25,04 (5,12)	18,56 (4,32)	<b>8,06***</b>	0,099

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Tableau 19 : Comparaisons de moyennes et corrélations  
entre les scores des patientes et des partenaires en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>

Variables	Patiente	Partenaire	t	r
Anxiété T <sub>4</sub>	7,28 (3,74)	7,28 (3,83)	0,01	0,157
Dépression T <sub>4</sub>	4,17 (3,56)	4,94 (3,05)	-1,17	0,089
Qualité de vie physique T <sub>4</sub>	42,14(8,46)	49,96(8,89)	<b>-4,58***</b>	0,023
Qualité de vie mentale T <sub>4</sub>	40,34 (6,45)	39,09 (6,16)	1,00	0,267
Degré d'accord T <sub>4</sub>	46,10 (8,46)	46,11 (7,39)	-0,01	<b>0,781***</b>
Qualité des relations interpersonnelles T <sub>4</sub>	26,47 (6,24)	25,16 (5,27)	1,16	<b>0,672***</b>
Disponibilité T <sub>4</sub>	20,11(11,61)	14,92(9,48)	<b>2,30*</b>	<b>0,498***</b>
Satisfaction T <sub>4</sub>	31,00 (4,81)	29,48 (4,47)	1,65	<b>0,463**</b>
Soutien émotionnel T <sub>4</sub>	32,67(7,46)	25,92(7,64)	<b>4,56***</b>	0,260
Soutien matériel et distractif T <sub>4</sub>	17,10(4,23)	12,51(4,20)	<b>5,53***</b>	<b>0,405**</b>
Soutien informatif T <sub>4</sub>	6,62(2,04)	5,20(2,07)	<b>3,55***</b>	0,238
Soutien négatif T <sub>4</sub>	8,65(3,46)	7,27(3,39)	<b>2,07*</b>	0,043
Coping centré sur l'émotion T <sub>4</sub>	18,71 (6,31)	18,27 (5,38)	0,38	<b>0,323*</b>
Coping centré sur le problème T <sub>4</sub>	29,40(5,62)	25,90(5,16)	<b>3,30***</b>	0,254
Recherche de soutien social T <sub>4</sub>	24,45(5,61)	18,26(4,52)	<b>6,24***</b>	0,217
Anxiété T <sub>6</sub>	6,81 (3,05)	6,65 (3,32)	0,25	-0,046
Dépression T <sub>6</sub>	3,18 (3,05)	3,77 (2,94)	-0,94	0,068
Qualité de vie physique T <sub>6</sub>	46,64(10,08)	52,87(9,63)	<b>-3,01**</b>	0,199
Qualité de vie mentale T <sub>6</sub>	43,27 (6,91)	43,79 (6,09)	-0,38	0,157
Degré d'accord T <sub>6</sub>	45,48 (8,63)	47,49 (7,51)	-1,13	<b>0,736***</b>
Qualité des relations interpersonnelles T <sub>6</sub>	25,83 (6,11)	25,50 (5,21)	0,27	<b>0,623***</b>
Disponibilité T <sub>6</sub>	17,90 (10,96)	17,00 (8,58)	0,40	0,340
Satisfaction T <sub>6</sub>	30,61 (4,90)	29,43 (4,84)	1,12	<b>0,445**</b>
Soutien émotionnel T <sub>6</sub>	30,80(8,15)	27,33(6,25)	<b>2,22*</b>	0,304
Soutien matériel et distractif T <sub>6</sub>	16,24(4,81)	12,41(4,37)	<b>3,93***</b>	<b>0,551**</b>
Soutien informatif T <sub>6</sub>	5,81 (2,28)	5,37 (2,29)	0,90	<b>0,393*</b>
Soutien négatif T <sub>6</sub>	8,75 (3,66)	8,05 (3,48)	0,92	<b>0,354*</b>
Coping centré sur l'émotion T <sub>6</sub>	17,75 (5,72)	17,10 (5,13)	0,56	<b>0,429**</b>
Coping centré sur le problème T <sub>6</sub>	30,50(5,17)	25,95(5,16)	<b>4,152***</b>	0,277
Recherche de soutien social T <sub>6</sub>	24,21(5,28)	19,22(5,01)	<b>4,61***</b>	0,192

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

## 2.3. Discussion relative à l'hypothèse 2

### 2.3.1. La détresse émotionnelle

Les partenaires présentent donc une détresse émotionnelle similaire à celle des patientes. Ces résultats vont dans le sens de ceux de Baider et al. (1998). Toutefois d'autres chercheurs ont démontré que la détresse rapportée par les partenaires est supérieure à celle des patientes (Given et Given, 1992 ; Foy et Rose, 2001 ; Baider et al., 2003 ; Edwards et Clarke, 2004 ; Schmid-Büchi et al., *sous presse*). Nous n'arrivons à démontrer ce type de résultat qu'en début de traitement où la qualité de vie mentale des partenaires est plus atteinte que celle des patientes. Notre hypothèse n'est donc que partiellement vérifiée.

### 2.3.2. La qualité de vie

La qualité de vie physique des patientes est très logiquement plus altérée que celle des partenaires et cette différence se maintient jusqu'à six mois après la fin du premier traitement. A noter tout de même que les écarts de moyenne sont moins importants en T<sub>6</sub>.

### 2.3.3. Le contrôle émotionnel

En ce qui concerne le contrôle émotionnel, comme déjà avancé dans notre hypothèse 2, il est plus important pour les partenaires. Cela vient certainement du fait que les partenaires dans cette étude sont des hommes. En effet, de nombreuses études ont déjà permis de démontrer que les femmes expriment davantage leurs émotions que les hommes (Blier et Blier-Wilson, 1989 ; Roothman, Kirsten et Wissing, 2003 ; Zakowski, Harris, Krueger, Laubmeier, Garrett, Flanigan et Johnson, 2003). Selon Cherulnik (1979), les femmes sont davantage expressives sur le mode non-verbal, mais il n'existe pas de différences dans les autres domaines de l'expression émotionnelle. Oliver et Toner (1990) ont surtout étudié l'influence du genre sur l'expression des symptômes dépressifs : ils observent des degrés de dépression similaires chez les femmes et les hommes, mais les femmes rapportent davantage de symptômes

émotionnels tandis que les hommes se plaignent de symptômes somatiques et d'un repli sur soi. Certains auteurs ont avancé l'hypothèse que cette moindre activation émotionnelle chez les hommes viendrait de l'influence des déterminants culturels relatifs aux rôles sexuels (Zakowski et al., 2003 ; Hauwel-Fantini et Pardinielli, 2008). De même, les patients atteints d'un cancer de la prostate seraient plus vulnérables aux barrières sociales de l'expression émotionnelle que les femmes atteintes d'un cancer gynécologique (Zakowski et al., 2003).

#### 2.3.4. L'ajustement dyadique

Au niveau de l'ajustement dyadique, nous nous attendions à ce qu'il soit meilleur pour les patientes. Ce n'est qu'en début de traitement que les patientes rapportent une meilleure qualité des relations interpersonnelles que les partenaires. Pour les autres temps de l'étude, patientes et partenaires semblent faire la même évaluation de l'ajustement dyadique.

#### 2.3.5. Le soutien social

En terme de soutien social, les patientes disent recevoir davantage de soutien émotionnel et matériel que leur conjoint. Elles rapportent également une meilleure disponibilité en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, et une meilleure satisfaction en T<sub>1</sub>. En revanche elles se plaignent plus d'un soutien négatif en T<sub>4</sub>. Et les partenaires disent recevoir moins d'informations que leur compagne en T<sub>4</sub>. Ces résultats sur le soutien social confirment ceux de la littérature (Northouse, 1988 ; Davis-Ali et al., 1993 ; Foy et Rose, 2001 ; Petrie et al., 2001 ; Makabe et Nomizu, 2006), ainsi que notre hypothèse 2.

#### 2.3.6. Les stratégies de coping

Pour terminer, les patientes recherchent davantage de soutien social à tous les temps de l'étude, ce qui peut aussi expliquer la plus grande disponibilité du soutien qu'elles rapportent en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>. Elles ont également un plus grand recours au coping centré sur le problème que leur partenaire. Mais ce résultat semble logique étant donné

que ce sont elles qui doivent en première ligne faire face à la maladie. Ces résultats vont aussi dans le sens de notre hypothèse 2 et sont similaires à ceux retrouvés dans d'autres études (Ptacek et al., 1994 ; Ben-Zur et al., 2001 ; Hartmann et al., 2007).

### 2.3.7. Conclusion

L'hypothèse 2 de notre travail semble donc confirmée dans son ensemble : les partenaires rapportent un ajustement émotionnel égal voire davantage détérioré que les patientes. Leur qualité de vie est en revanche meilleure que celle des patientes, détériorée par la succession des traitements. La qualité des relations interpersonnelles est jugée plus élevée par les patientes en T<sub>1</sub>. Ensuite, patientes et partenaires font une évaluation similaire de l'ajustement dyadique. En ce qui concerne les scores de soutien social et de coping, ils sont dans l'ensemble plus élevés pour les patientes que pour les partenaires. Enfin, les partenaires semblent davantage contrôler leurs émotions négatives que leur compagne.

Nous nous sommes également intéressée aux corrélations entre les scores des patientes et ceux des partenaires. Comme attendu, celles qui sont significatives sont aussi positives. Toutefois, ces corrélations significatives ne concernent pas toutes les variables de l'étude. Seuls les scores d'ajustement dyadique, de soutien social et de coping émotionnel des patientes sont corrélés de façon significative avec ceux des partenaires, et sur certains temps de l'étude uniquement.

# CHAPITRE 3. ETUDE DYADIQUE DE LA DETRESSE EMOTIONNELLE ET DE LA QUALITE DE VIE DE COUPLES CONFRONTES AU CANCER DU SEIN

## 3.1. Rappel de l'hypothèse 3a

• Patiente → Patiente : Le contrôle émotionnel, la détresse émotionnelle, le soutien social négatif et certaines stratégies de coping (coping centré sur l'émotion, impuissance/désespoir, préoccupations anxieuses, évitement, déni) des patientes ont des effets négatifs sur leur ajustement ; tandis que les autres types de soutien (émotionnel, matériel et distractif et informatif) et de coping (centré sur le problème ou sur la recherche de soutien, esprit combattif), la qualité de vie et l'ajustement dyadique ont des effets positifs sur l'ajustement des patientes.

• Conjoint → Conjoint : Le contrôle émotionnel, la détresse émotionnelle, le soutien social négatif et le coping centré sur l'émotion des conjoints ont des effets négatifs sur leur propre ajustement ; tandis que les autres types de soutien (émotionnel, matériel et distractif et informatif) et de coping (centré sur le problème ou sur la recherche de soutien), la qualité de vie et l'ajustement dyadique ont des effets positifs sur l'ajustement.

## 3.2. Résultats relatifs à l'hypothèse 3a

Les résultats relatifs à l'hypothèse 3a sont présentés sous forme de tableaux puis commentés. Toutefois, par souci de rendre notre travail plus lisible, seuls les résultats significatifs seront présentés dans nos tableaux. L'ensemble des résultats (significatifs et non significatifs) seront rapportés dans les annexes de ce document (voir annexe 13). Il en sera de même pour l'ensemble des résultats de nos analyses dyadiques relatifs aux hypothèses 3b, 4 et 5 (voir annexe 13).

### 3.2.1. La détresse émotionnelle

#### 3.2.1.1. La symptomatologie anxieuse

Il existe de nombreux effets acteurs<sup>15</sup> en ce qui concerne l'anxiété des patientes et des partenaires (Tableaux 20 et 21).

Chez les patientes, des niveaux élevés d'anxiété en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub> sont associés à une anxiété importante à tous les temps de l'étude, et les états dépressifs rapportés en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub> prédisent respectivement des niveaux élevés d'anxiété en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Les résultats concernant la qualité de vie montrent que plus la qualité de vie mentale et physique des patientes est détériorée au premier temps de l'étude, plus celles-ci rapportent une anxiété importante respectivement en T<sub>4</sub>, et en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Lorsqu'on s'intéresse au soutien reçu par les patientes, plus elles reçoivent de soutien négatif en T<sub>1</sub>, plus elles sont anxieuses en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> ; et plus elles reçoivent de soutien matériel et distractif un mois après la fin du premier traitement, plus elles sont anxieuses en T<sub>6</sub>.

Les effets acteurs du coping sont nombreux : plus les patientes utilisent un coping centré sur l'émotion en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, plus elles rapportent des niveaux élevés d'anxiété respectivement aux temps 4 et 6. Enfin, plus les patientes rapportent de préoccupations anxieuses et d'impuissance/désespoir en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, plus elles sont anxieuses aux autres temps de l'étude ; et moins elles utilisent l'esprit combatif en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, plus elles sont anxieuses en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Nos analyses concernant les partenaires montrent que plus les conjoints sont anxieux et déprimés en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, plus ils sont anxieux aux temps suivants ; et moins leur qualité de vie mentale est élevée en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, plus ils sont anxieux respectivement en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Les analyses se rapportant au soutien social dévoilent que plus les partenaires rapportent des niveaux bas de satisfaction du soutien social en T<sub>1</sub>, plus ils sont anxieux en T<sub>6</sub> ; et moins ils reçoivent de soutien informatif en T<sub>1</sub>, plus ils sont anxieux en T<sub>4</sub>.

---

<sup>15</sup> Rappel : l'effet acteur est l'effet d'une variable X sur une variable Y chez un même sujet ; l'effet partenaire est l'effet d'une variable X du sujet S1 sur une variable Y du sujet S2.

Enfin, les conjoints qui utilisent un coping centré sur l'émotion sont plus anxieux à tous les temps de l'étude et ceux qui ont des scores bas à la sous-échelle de coping centré sur le problème en T<sub>1</sub>, sont plus anxieux en T<sub>4</sub>.

Tableau 20 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>1</sub> sur l'anxiété en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	--	--	--	<b>-0,373</b>	<b>0,210</b>	<b>-1,775*</b>
Soutien informatif <sub>part</sub>	<b>-0,321</b>	<b>0,180</b>	<b>-1,782*</b>	--	--	--
Soutien négatif <sub>pat</sub>	<b>0,460</b>	<b>0,130</b>	<b>3,537***</b>	<b>0,277</b>	<b>0,143</b>	<b>1,944*</b>
Coping centré sur le problème <sub>part</sub>	<b>-0,320</b>	<b>0,207</b>	<b>-1,545<sup>+</sup></b>	--	--	--
Coping centré sur l'émotion <sub>part</sub>	<b>0,385</b>	<b>0,111</b>	<b>3,466***</b>	--	--	--
Coping centré sur l'émotion <sub>part</sub>	<b>0,546</b>	<b>0,158</b>	<b>3,446***</b>	<b>0,606</b>	<b>0,216</b>	<b>2,802**</b>
Esprit combattif <sub>pat</sub>	<b>-0,246</b>	<b>0,110</b>	<b>-2,228*</b>	--	--	--
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub>	<b>0,407</b>	<b>0,101</b>	<b>4,018***</b>	<b>0,367</b>	<b>0,140</b>	<b>2,615**</b>
Préoccupations anxieuses <sub>pat</sub>	<b>0,512</b>	<b>0,103</b>	<b>4,980***</b>	<b>0,300</b>	<b>0,136</b>	<b>2,200*</b>
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,594</b>	<b>0,110</b>	<b>5,371***</b>	<b>0,285</b>	<b>0,136</b>	<b>2,097*</b>
Anxiété <sub>part</sub>	<b>0,783</b>	<b>0,122</b>	<b>6,409***</b>	<b>0,650</b>	<b>0,196</b>	<b>3,319***</b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,403</b>	<b>0,123</b>	<b>3,278***</b>	--	--	--
Dépression <sub>part</sub>	<b>0,438</b>	<b>0,130</b>	<b>3,374***</b>	<b>0,299</b>	<b>0,171</b>	<b>1,739*</b>
Qualité de vie physique <sub>pat</sub>	<b>-0,390</b>	<b>0,159</b>	<b>-2,451**</b>	<b>-0,271</b>	<b>0,104</b>	<b>-1,657<sup>+</sup></b>
Qualité de vie mentale <sub>pat</sub>	<b>-0,325</b>	<b>0,148</b>	<b>-2,187*</b>	--	--	--
Qualité de vie mentale <sub>part</sub>	<b>-0,506</b>	<b>0,156</b>	<b>-3,235**</b>	--	--	--

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001 ; <sup>+</sup>p<0,07

Tableau 21 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>4</sub> sur l'anxiété en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	<b>0,274</b>	<b>0,178</b>	<b>1,537<sup>+</sup></b>
Coping centré sur l'émotion <sub>pat</sub>	<b>0,429</b>	<b>0,159</b>	<b>2,689**</b>
Coping centré sur l'émotion <sub>part</sub>	<b>0,366</b>	<b>0,195</b>	<b>1,881*</b>
Esprit combattif <sub>pat</sub>	<b>-0,321</b>	<b>0,135</b>	<b>-2,381*</b>
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub>	<b>0,297</b>	<b>0,142</b>	<b>2,097*</b>
Préoccupations anxieuses <sub>pat</sub>	<b>0,363</b>	<b>0,132</b>	<b>2,741*</b>
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,569</b>	<b>0,184</b>	<b>3,095**</b>
Anxiété <sub>part</sub>	<b>0,365</b>	<b>0,163</b>	<b>2,241*</b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,258</b>	<b>0,167</b>	<b>1,542<sup>+</sup></b>
Dépression <sub>part</sub>	<b>0,540</b>	<b>0,183</b>	<b>2,959**</b>
Qualité de vie mentale <sub>part</sub>	<b>-0,311</b>	<b>0,191</b>	<b>-1,624<sup>+</sup></b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; <sup>+</sup>p<0,07

### 3.2.1.2. La symptomatologie dépressive

Les analyses ont permis de révéler de nombreux effets acteurs à la fois chez les patientes et les partenaires (Tableaux 22 et 23).

Dans un premier temps, les analyses montrent que plus les patientes ont des scores élevés de dépression en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, plus elles en auront respectivement en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. En ce qui concerne la qualité de vie physique, plus les patientes ont des scores bas en T<sub>1</sub>, plus elles sont déprimées un mois après la fin du traitement. Les résultats sur la qualité de vie mentale sont contradictoires : plus le niveau de qualité de vie mentale est élevé en T<sub>1</sub> et faible en T<sub>4</sub>, plus les patientes dépriment en T<sub>6</sub>.

Nos analyses révèlent également que plus les patientes contrôlent leurs émotions en T<sub>1</sub>, plus elles rapportent de symptômes dépressifs en T<sub>6</sub>.

L'ajustement dyadique influence aussi l'ajustement émotionnel des patientes : si ces dernières rapportent des scores faibles d'ajustement dyadique en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, elles présentent plus de symptômes dépressifs à tous les temps de l'étude.

Nous n'observons aucun effet acteur entre la dépression et le soutien social.

Il ressort des analyses concernant le coping que moins les patientes ont recours au coping centré sur le problème et à l'esprit combatif en T<sub>1</sub>, plus elles rapportent de symptômes dépressifs. A l'inverse, plus elles rapportent des scores élevés d'impuissance/désespoir et de préoccupations anxieuses en T<sub>1</sub>, plus elles sont déprimées en T<sub>4</sub>. De même, plus les scores d'impuissance/désespoir sont élevés en T<sub>4</sub>, plus les scores de dépression sont élevés en T<sub>6</sub>.

Nos analyses ont également mis en évidence des effets acteurs pour les partenaires.

Plus les partenaires ont des scores élevés de dépression en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, plus ils en auront à tous les temps de l'étude. Et plus ils ont des scores élevés d'anxiété en T<sub>1</sub>, plus ils ont des scores importants de dépression en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

En ce qui concerne la qualité de vie physique, moins elle est bonne en T<sub>1</sub>, plus les partenaires présentent de symptômes dépressifs en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Le seul résultat concernant le soutien social est le suivant : moins les partenaires sont satisfaits du soutien qu'ils reçoivent en début de traitement, plus ils dépriment en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Les trois stratégies de coping ont un effet sur la symptomatologie dépressive des conjoints. Moins les conjoints adoptent une stratégie de coping centré sur le problème en T<sub>1</sub>, plus ils rapportent de sentiments dépressifs en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. En revanche, plus les partenaires ont recours au coping centré sur l'émotion et à la recherche de soutien social en T<sub>1</sub>, plus ils dépriment respectivement en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>, et T<sub>6</sub>.

Tableau 22 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>1</sub> sur la dépression en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>0,312</b>	<b>0,180</b>	<b>1,734*</b>
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	<b>-0,252</b>	<b>0,169</b>	<b>-1,492<sup>+</sup></b>	<b>-0,340</b>	<b>0,180</b>	<b>-1,884*</b>
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	<b>-0,364</b>	<b>0,153</b>	<b>-2,371*</b>	<b>-0,495</b>	<b>0,182</b>	<b>-2,721**</b>
Coping centré sur le problème <sub>pat</sub>	<b>-0,454</b>	<b>0,138</b>	<b>-3,278***</b>	--	--	--
Coping centré sur le problème <sub>part</sub>	<b>-0,288</b>	<b>0,177</b>	<b>-1,627<sup>+</sup></b>	<b>-0,410</b>	<b>0,164</b>	<b>-2,496**</b>
Coping centré sur l'émotion <sub>part</sub>	<b>0,599</b>	<b>0,165</b>	<b>3,623***</b>	<b>0,450</b>	<b>0,229</b>	<b>1,964*</b>
Recherche de soutien social <sub>part</sub>	--	--	--	<b>0,344</b>	<b>0,225</b>	<b>1,532<sup>+</sup></b>
Esprit combatif <sub>pat</sub>	<b>-0,477</b>	<b>0,121</b>	<b>-3,951***</b>	--	--	--
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub>	<b>0,556</b>	<b>0,116</b>	<b>4,783***</b>	--	--	--
Préoccupations anxieuses <sub>pat</sub>	<b>0,451</b>	<b>0,131</b>	<b>3,432***</b>	--	--	--
Anxiété <sub>part</sub>	<b>0,714</b>	<b>0,109</b>	<b>6,535***</b>	<b>0,369</b>	<b>0,188</b>	<b>1,959*</b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,525</b>	<b>0,121</b>	<b>4,335***</b>	--	--	--
Dépression <sub>part</sub>	<b>0,713</b>	<b>0,084</b>	<b>8,444***</b>	<b>0,427</b>	<b>0,146</b>	<b>2,913**</b>
Qualité de vie physique <sub>pat</sub>	<b>-0,688</b>	<b>0,151</b>	<b>-4,558***</b>	--	--	----
Qualité de vie physique <sub>part</sub>	<b>-0,519</b>	<b>0,163</b>	<b>-3,176***</b>	<b>-0,556</b>	<b>0,190</b>	<b>2,928**</b>
Qualité de vie mentale <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>0,488</b>	<b>0,144</b>	<b>3,385***</b>

\*p≤0,05 ; \*\*p≤0,01 ; \*\*\*p≤0,001 ; <sup>+</sup>p≤0,07

Tableau 23 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>4</sub> sur la dépression en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	<b>-0,510</b>	<b>0,282</b>	<b>-1,806*</b>
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub>	<b>0,236</b>	<b>0,156</b>	<b>1,514<sup>+</sup></b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,574</b>	<b>0,179</b>	<b>3,199**</b>
Dépression <sub>part</sub>	<b>0,656</b>	<b>0,157</b>	<b>4,174***</b>
Qualité de vie mentale <sub>pat</sub>	<b>-0,299</b>	<b>0,162</b>	<b>-1,843*</b>

\*p≤0,05 ; \*\*p≤0,01 ; \*\*\*p≤0,001 ; <sup>+</sup>p≤0,07

### 3.2.2. La qualité de vie

#### 3.2.2.1. La qualité de vie physique

Peu d'effets acteurs sont ressortis de nos analyses (Tableaux 24 et 25).

Du côté des patientes, plus leur qualité de vie physique est préservée en T<sub>1</sub>, meilleure sera cette même qualité de vie physique en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Les patientes ont aussi des scores élevés de qualité de vie en T<sub>4</sub> lorsqu'elles rapportent un bon ajustement dyadique en T<sub>1</sub> et lorsqu'elles ont des scores élevés sur la sous-échelle de dénégation en T<sub>1</sub>. Autres stratégies de coping impliquées dans la qualité de vie physique des patientes : les stratégies de coping centré sur l'émotion : plus les patientes adoptent ce type de stratégie en T<sub>4</sub>, plus leur score de qualité de vie physique sera élevé en T<sub>6</sub>.

Enfin, les résultats concernant le soutien social montrent que plus les patientes rapportent une grande disponibilité du soutien social en T<sub>1</sub>, plus leur qualité de vie physique est bonne en T<sub>6</sub>. Et moins elles reçoivent de soutien négatif en T<sub>4</sub>, meilleure sera leur qualité de vie physique en T<sub>6</sub>.

En ce qui concerne les conjoints, plus leur score de qualité de vie physique est élevé en T<sub>1</sub>, plus il le sera en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. On observe l'effet inverse pour la qualité de vie mentale : plus les scores sur cette variable sont faibles en T<sub>1</sub>, plus ceux de qualité de vie physique sont élevés en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. Mais si les partenaires ont des scores faibles de dépression en T<sub>4</sub>, leur qualité de vie physique sera bonne en T<sub>6</sub>.

Les seuls autres effets acteurs concernent le soutien social. Plus les partenaires rapportent une satisfaction du soutien importante en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, plus ils rapportent des scores élevés de qualité de vie physique en T<sub>6</sub>. Et plus leurs scores de disponibilité du soutien sont élevés en T<sub>1</sub>, plus leur qualité de vie est bonne en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. En revanche, moins ils reçoivent de soutien matériel en T<sub>4</sub>, meilleure est leur qualité de vie physique en T<sub>6</sub>.

Tableau 24 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>1</sub> sur la qualité de vie physique en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	<b>0,224</b>	<b>0,145</b>	<b>1,540<sup>+</sup></b>	--	--	--
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>0,235</b>	<b>0,150</b>	<b>1,563<sup>+</sup></b>
Disponibilité du soutien social <sub>part</sub>	<b>0,318</b>	<b>0,175</b>	<b>1,813*</b>	<b>0,433</b>	<b>0,263</b>	<b>1,645<sup>+</sup></b>
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	--	--	--	<b>0,445</b>	<b>0,173</b>	<b>2,574**</b>
Dénégation <sub>pat</sub>	<b>0,273</b>	<b>0,118</b>	<b>2,318*</b>	--	--	--
Qualité de vie physique <sub>pat</sub>	<b>0,414</b>	<b>0,134</b>	<b>3,093**</b>	<b>0,341</b>	<b>0,160</b>	<b>2,135*</b>
Qualité de vie physique <sub>part</sub>	<b>0,617</b>	<b>0,163</b>	<b>3,792***</b>	<b>0,815</b>	<b>0,150</b>	<b>5,438***</b>
Qualité de vie mentale <sub>part</sub>	<b>-0,436</b>	<b>0,150</b>	<b>-2,903**</b>	<b>-0,415</b>	<b>0,146</b>	<b>-2,845**</b>

\*p≤0,05 ; \*\*p≤0,01 ; \*\*\*p≤0,001 ; <sup>+</sup>p≤0,07

Tableau 25 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>4</sub> sur la qualité de vie physique en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	<b>0,247</b>	<b>0,161</b>	<b>1,539<sup>+</sup></b>
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	<b>0,293</b>	<b>0,176</b>	<b>1,670<sup>+</sup></b>
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub>	<b>-0,289</b>	<b>0,178</b>	<b>-1,624<sup>+</sup></b>
Soutien négatif <sub>pat</sub>	<b>-0,281</b>	<b>0,154</b>	<b>-1,829*</b>
Coping centré sur l'émotion <sub>pat</sub>	<b>0,289</b>	<b>0,179</b>	<b>1,620<sup>+</sup></b>
Dépression <sub>part</sub>	<b>-0,359</b>	<b>0,168</b>	<b>-2,137*</b>
Qualité de vie physique <sub>pat</sub>	<b>0,444</b>	<b>0,176</b>	<b>2,519**</b>
Qualité de vie physique <sub>part</sub>	<b>0,687</b>	<b>0,096</b>	<b>7,177***</b>

\*p≤0,05 ; \*\*p≤0,01 ; \*\*\*p≤0,001 ; <sup>+</sup>p≤0,07

### 3.2.2.2. La qualité de vie mentale

Nos analyses ne montrent que peu d'effets acteurs pour les patientes en ce qui concerne cette variable (Tableaux 26 et 27). Seuls le soutien social et le coping semblent influencer la qualité de vie mentale des patientes.

Plus les patientes perçoivent une grande disponibilité du soutien social en T<sub>1</sub>, meilleure est leur qualité de vie mentale en T<sub>4</sub>. Mais cette relation s'inverse ensuite, des scores faibles de disponibilité du soutien social en T<sub>4</sub> prédisant une bonne qualité de vie mentale en T<sub>6</sub>.

La qualité de vie mentale des patientes est également élevée en T<sub>6</sub> lorsque les patientes rapportent des scores faibles de soutiens émotionnel, matériel et distractif en T<sub>1</sub>.

Enfin, ne pas avoir recours à un coping centré sur le problème en début de traitement entraîne une meilleure qualité de vie mentale six mois après la fin du traitement.

Les résultats des analyses menées sur les partenaires sont plus nombreux (Tableaux 26 et 27).

Moins les conjoints sont anxieux et déprimés en T<sub>1</sub>, plus leur qualité de vie mentale est préservée en T<sub>4</sub>.

Des résultats contradictoires sont obtenus avec la qualité de vie physique : une bonne qualité de vie physique en T<sub>1</sub> prédit une bonne qualité de mentale en T<sub>4</sub>, mais une qualité de vie physique altérée en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub> prédit des scores élevés de qualité de vie mentale en T<sub>6</sub>.

Lorsque les partenaires contrôlent leurs émotions, ils rapportent une bonne qualité de vie mentale en T<sub>6</sub>.

Les autres résultats concernent le soutien social. Les partenaires présentent une bonne qualité de vie mentale en T<sub>4</sub> lorsqu'ils rapportent des scores élevés de soutien émotionnel et informatif en T<sub>1</sub> et lorsqu'ils sont satisfaits du soutien reçu en T<sub>1</sub>. En revanche, des scores faibles de satisfaction du soutien social en T<sub>4</sub> prédisent une meilleure qualité de vie mentale en T<sub>6</sub>.

Tableau 26 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>1</sub> sur la qualité de vie mentale en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>part</sub>	--	--	--	<b>0,424</b>	<b>0,184</b>	<b>2,299*</b>
Disponibilité du soutien social <sub>part</sub>	<b>0,238</b>	<b>0,152</b>	<b>1,563<sup>+</sup></b>	--	--	--
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	<b>0,334</b>	<b>0,157</b>	<b>2,123*</b>	--	--	--
Soutien émotionnel <sub>part</sub>	--	--	--	<b>-0,367</b>	<b>0,196</b>	<b>-0,873*</b>
Soutien émotionnel <sub>part</sub>	<b>0,417</b>	<b>0,178</b>	<b>2,337*</b>	--	--	--
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub>	--	--	--	<b>-0,446</b>	<b>0,176</b>	<b>-2,531**</b>
Soutien informatif <sub>part</sub>	<b>0,307</b>	<b>0,163</b>	<b>1,890*</b>	--	--	--
Coping centré sur le problème <sub>part</sub>	--	--	--	<b>-0,314</b>	<b>0,142</b>	<b>-2,204*</b>
Anxiété <sub>part</sub>	<b>-0,339</b>	<b>0,161</b>	<b>-2,109*</b>	--	--	--
Dépression <sub>part</sub>	<b>-0,394</b>	<b>0,137</b>	<b>-2,866**</b>	--	--	--
Qualité de vie physique <sub>part</sub>	<b>0,301</b>	<b>0,188</b>	<b>1,597<sup>+</sup></b>	<b>-0,341</b>	<b>0,194</b>	<b>-1,759*</b>

\*p≤0,05 ; \*\*p≤0,01 ; <sup>+</sup>p≤0,07

Tableau 27 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>4</sub> sur la qualité de vie mentale en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	<b>-0,314</b>	<b>0,158</b>	<b>-1,991*</b>
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	<b>-0,317</b>	<b>0,186</b>	<b>-1,710*</b>
Qualité de vie physique <sub>part</sub>	<b>-0,361</b>	<b>0,144</b>	<b>-2,501**</b>

\*p≤0,05 ; \*\*p≤0,01

### 3.3. Rappel de l'hypothèse 3b

• Conjoint → Patiente : Le contrôle émotionnel, la détresse émotionnelle, le soutien social négatif et le coping centré sur l'émotion des conjoints ont des effets négatifs sur l'ajustement de leur compagne ; tandis que les autres types de soutien (émotionnel, matériel et distractif et informatif) et de coping (centré sur le problème ou sur la recherche de soutien), la qualité de vie et l'ajustement dyadique des conjoints ont des effets positifs sur l'ajustement des patientes.

• Patiente → Conjoint : Le contrôle émotionnel, la détresse émotionnelle, le soutien social négatif et certaines stratégies de coping (coping centré sur l'émotion, impuissance/désespoir, préoccupations anxieuses, évitement, déni) des patientes ont des effets négatifs sur l'ajustement de leur conjoint ; tandis que les autres types de soutien (émotionnel, matériel et distractif et informatif) et de coping (centré sur le problème ou sur la recherche de soutien, esprit combatif), la qualité de vie et l'ajustement dyadique des patientes ont des effets positifs sur l'ajustement des conjoints.

### 3.4. Résultats relatifs à l'hypothèse 3b

#### 3.4.1. La détresse émotionnelle

##### 3.4.1.1. La symptomatologie anxieuse

Les effets partenaires concernant l'anxiété sont nombreux (Tableaux 28 et 29).

Les patientes expriment davantage de sentiments anxieux en T<sub>4</sub> lorsque les partenaires sont anxieux, ont recours à des stratégies de coping centré sur l'émotion et se plaignent de recevoir beaucoup de soutien négatif au début du traitement. Leur anxiété est importante en T<sub>6</sub> lorsque les partenaires ont des scores faibles de qualité de vie mentale en T<sub>1</sub>, ont une qualité de vie physique préservée en T<sub>4</sub>, ont des scores de contrôle émotionnel élevés en T<sub>1</sub>, ont peu recours à la stratégie de recherche de soutien social en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, reçoivent peu de soutien émotionnel, matériel et informatif en T<sub>4</sub> et sont peu satisfaits du soutien qu'ils reçoivent en T<sub>4</sub>.

Les partenaires sont plus anxieux en T<sub>4</sub> lorsque les patientes ont des scores faibles de dépression, de coping centré sur l'émotion, de préoccupations anxieuses et de dénégation en T<sub>1</sub>.

Les partenaires rapportent des scores élevés d'anxiété en T<sub>6</sub> lorsque leur compagne a une qualité de vie physique altérée et une bonne qualité de vie mentale en T<sub>1</sub>, qu'elle rapporte des scores faibles d'ajustement dyadique en T<sub>1</sub> et qu'elle reçoit peu de soutien émotionnel et matériel et distractif en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>.

Tableau 28 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>1</sub> sur l'anxiété en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>0,431</b>	<b>0,174</b>	<b>2,478**</b>
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	--	--	--	<b>-0,629</b>	<b>0,195</b>	<b>-3,231**</b>
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	--	--	--	<b>-0,372</b>	<b>0,240</b>	<b>-1,553<sup>+</sup></b>
Soutien mat/distractif <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	--	--	--	<b>-0,617</b>	<b>0,219</b>	<b>-2,814**</b>
Soutien négatif <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	<b>0,236</b>	<b>0,142</b>	<b>1,661<sup>+</sup></b>	--	--	--
Coping centré émotion <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	<b>-0,229</b>	<b>0,109</b>	<b>-2,101*</b>	--	--	--
Coping centré émotion <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	<b>0,307</b>	<b>0,139</b>	<b>2,204*</b>	--	--	--
Recherche de soutien <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>-0,396</b>	<b>0,170</b>	<b>-2,335*</b>
Préoccup anxieuses <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	<b>-0,273</b>	<b>0,158</b>	<b>-1,724*</b>	--	--	--
Dénégation <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	<b>-0,312</b>	<b>0,153</b>	<b>-2,047*</b>	--	--	--
Anxiété <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	<b>0,190</b>	<b>0,119</b>	<b>1,601<sup>+</sup></b>	--	--	--
Dépression <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	<b>-0,307</b>	<b>0,143</b>	<b>-2,149*</b>	--	--	--
QDV physique <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	--	--	--	<b>-0,506</b>	<b>0,208</b>	<b>-2,428*</b>
QDV mentale <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	--	--	--	<b>0,328</b>	<b>0,177</b>	<b>1,858*</b>
QDV mentale <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>-0,288</b>	<b>0,142</b>	<b>-2,022*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; <sup>+</sup>p<0,07

Tableau 29 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>4</sub> sur l'anxiété en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Satisfaction du soutien <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	<b>-0,336</b>	<b>0,178</b>	<b>-1,886*</b>
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	<b>-0,373</b>	<b>0,189</b>	<b>-1,975*</b>
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	<b>-0,375</b>	<b>0,170</b>	<b>-2,200*</b>
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	<b>-0,414</b>	<b>0,220</b>	<b>-1,883*</b>
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	<b>-0,421</b>	<b>0,184</b>	<b>-2,293*</b>
Soutien informatif <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	<b>-0,306</b>	<b>0,161</b>	<b>-1,909*</b>
Recherche de soutien social <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	<b>-0,551</b>	<b>0,183</b>	<b>-3,003**</b>
Qualité de vie physique <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	<b>0,307</b>	<b>0,158</b>	<b>1,937*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01

### 3.4.1.2. La symptomatologie dépressive

De nombreux effets partenaires ressortent de nos analyses (Tableaux 30 et 31).

Les patientes rapportent davantage de symptômes dépressifs en T<sub>4</sub> lorsque les partenaires reçoivent beaucoup de soutien négatif en T<sub>1</sub> et lorsqu'ils ont recours à des stratégies de coping centré sur le problème et de coping centré sur l'émotion en T<sub>1</sub>.

Les patientes présentent plus de symptômes dépressifs en T<sub>6</sub> lorsque la qualité de vie physique de leur conjoint est bonne en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub> et lorsque leur partenaire reçoit peu de soutien matériel et négatif en T<sub>4</sub>. Enfin, moins les partenaires recherchent de soutien social en T<sub>4</sub>, plus les patientes sont déprimées en T<sub>6</sub>.

Nos résultats montrent également que moins les femmes sont anxieuses en T<sub>1</sub>, plus leur partenaire présente de symptômes dépressifs en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. De même, meilleure est la qualité de vie mentale des patientes en T<sub>1</sub>, plus élevés sont les scores de dépression des partenaires en T<sub>6</sub>.

En revanche, plus la qualité de vie physique des patientes est altérée en T<sub>1</sub>, plus les partenaires sont déprimés en T<sub>6</sub>.

Les symptômes dépressifs des conjoints sont également plus élevés en T<sub>4</sub> lorsque leur compagne contrôle ses émotions.

En ce qui concerne le soutien social, moins les patientes ont de soutien disponible en T<sub>1</sub>, plus les partenaires dépriment en T<sub>6</sub>. Plus les patientes sont satisfaites du soutien reçu en T<sub>1</sub>, plus les partenaires rapportent de symptômes dépressifs en T<sub>4</sub>. Et moins les patientes reçoivent de soutien émotionnel et matériel et distractif en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub> et de soutien négatif en T<sub>1</sub>, plus les partenaires rapportent de symptômes dépressifs en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Les stratégies de coping adoptées par les patientes ont aussi un impact sur l'ajustement émotionnel de leur conjoint :

- moins les patientes adoptent un coping centré sur le problème en T<sub>1</sub>, plus les partenaires sont déprimés en T<sub>6</sub> ;

- moins elles ont recours à des stratégies de coping centré sur l'émotion en T<sub>1</sub> ou à la recherche de soutien social en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, plus les partenaires sont déprimés respectivement en T<sub>4</sub> et en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> ;

- plus les patientes présentent des scores faibles de préoccupations anxieuses et de dénégation en T<sub>1</sub>, plus les conjoints rapportent de symptômes dépressifs en T<sub>4</sub>.

Tableau 30 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>1</sub> sur la dépression en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>0,265</b>	<b>0,140</b>	<b>1,895*</b>	--	--	--
Disponibilité du soutien <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	--	--	--	<b>-0,346</b>	<b>0,207</b>	<b>-1,672<sup>+</sup></b>
Satisfaction du soutien <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>0,406</b>	<b>0,230</b>	<b>1,765*</b>	--	--	--
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,485</b>	<b>0,190</b>	<b>-2,551**</b>	<b>-0,458</b>	<b>0,206</b>	<b>-2,222*</b>
Soutien mat/distractif <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,438</b>	<b>0,162</b>	<b>-2,709**</b>	<b>-0,558</b>	<b>0,183</b>	<b>-3,044**</b>
Soutien négatif <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,227</b>	<b>0,130</b>	<b>-1,746*</b>	<b>-0,304</b>	<b>0,165</b>	<b>-1,846*</b>
Soutien négatif <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	<b>0,483</b>	<b>0,160</b>	<b>3,023**</b>	--	--	--
Coping centré problème <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	--	--	--	<b>-0,271</b>	<b>0,127</b>	<b>-2,130*</b>
Coping centré problème <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	<b>0,276</b>	<b>0,173</b>	<b>1,594<sup>+</sup></b>	--	--	--
Coping centré émotion <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,185</b>	<b>0,113</b>	<b>-1,626<sup>+</sup></b>	--	--	--
Coping centré émotion <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	<b>0,448</b>	<b>0,178</b>	<b>2,512**</b>	--	--	--
Recherche de soutien <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,288</b>	<b>0,139</b>	<b>-2,069*</b>	--	--	--
Préoccup anxieuses <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,292</b>	<b>0,139</b>	<b>-2,108*</b>	--	--	--
Dénégation <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,216</b>	<b>0,138</b>	<b>-1,563<sup>+</sup></b>	--	--	--
Anxiété <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,262</b>	<b>0,100</b>	<b>-2,632**</b>	<b>-0,302</b>	<b>0,152</b>	<b>-1,984*</b>
Qualité de vie physique <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	--	--	--	<b>-0,303</b>	<b>0,186</b>	<b>-1,630<sup>+</sup></b>
Qualité de vie physique <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>0,293</b>	<b>0,194</b>	<b>1,511<sup>+</sup></b>
Qualité de vie mentale <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	--	--	--	<b>0,369</b>	<b>0,163</b>	<b>2,265*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; <sup>+</sup>p<0,07

Tableau 31 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>4</sub> sur la dépression en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,369</b>	<b>0,168</b>	<b>-2,196*</b>
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,435</b>	<b>0,205</b>	<b>-2,120*</b>
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	<b>-0,445</b>	<b>0,217</b>	<b>-2,055*</b>
Soutien négatif <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	<b>-0,332</b>	<b>0,197</b>	<b>-1,687*</b>
Recherche de soutien social <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,398</b>	<b>0,172</b>	<b>-2,311*</b>
Recherche de soutien social <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	<b>-0,526</b>	<b>0,221</b>	<b>-2,377*</b>
Qualité de vie physique <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	<b>0,295</b>	<b>0,163</b>	<b>1,809*</b>

\*p≤0,05

### 3.4.2. La qualité de vie

#### 3.4.2.1. La qualité de vie physique

Les effets partenaires révélés par nos analyses dyadiques de la qualité de vie physique sont relativement nombreux (Tableaux 32 et 33).

Les patientes présentent une meilleure qualité de vie physique en T<sub>4</sub> lorsque les partenaires rapportent une bonne qualité de vie physique et peu de symptômes anxieux et dépressifs en T<sub>1</sub>.

De plus, moins les partenaires contrôlent leurs émotions en T<sub>1</sub>, plus le score de qualité de vie physique des patientes est élevé en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Les résultats concernant le soutien social montrent que plus les partenaires rapportent une grande disponibilité du soutien social et des scores faibles de soutien négatif en T<sub>1</sub>, plus les patientes présentent une bonne qualité de vie physique en T<sub>4</sub>. Et plus le soutien matériel et distractif des partenaires est important en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, plus la qualité de vie physique des patientes est bonne respectivement en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Enfin, moins les partenaires ont recours à la stratégie de coping centré sur le problème en T<sub>1</sub>, plus les patientes rapportent une bonne qualité de vie physique en T<sub>4</sub>.

De leur côté, les partenaires rapportent une bonne qualité de vie physique en T<sub>4</sub> lorsque les patientes ont des scores d'anxiété élevés en T<sub>1</sub>.

Le soutien social reçu par les patientes influence aussi la qualité de vie physique de leur conjoint. Ainsi, plus les patientes reçoivent-elles de soutien émotionnel en T<sub>4</sub> et de soutien matériel et distractif en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, meilleure est la qualité de vie physique des conjoints en T<sub>6</sub>. Mais les scores de qualité de vie physique des partenaires en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> sont également élevés lorsque les patientes reçoivent du soutien négatif en T<sub>1</sub>. Et moins les patientes reçoivent de soutien informatif en T<sub>1</sub>, plus la qualité de vie physique des partenaires est bonne en T<sub>4</sub>.

Enfin, les résultats concernant le coping révèlent que plus les patientes adoptent un coping centré sur le problème en T<sub>1</sub> et sur la recherche de soutien social en T<sub>4</sub>, plus le score de qualité de vie des partenaires est élevé respectivement en T<sub>6</sub> et en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. Et plus les patientes rapportent des scores élevés au facteur d'impuissance/désespoir en début de traitement, meilleure est la qualité de vie physique des partenaires en T<sub>4</sub>.

Tableau 32 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>1</sub> sur la qualité de vie physique en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	<b>-0,255</b>	<b>0,166</b>	<b>-1,536<sup>+</sup></b>	<b>-0,311</b>	<b>0,188</b>	<b>-1,654<sup>+</sup></b>
Disponibilité du soutien <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	<b>0,286</b>	<b>0,157</b>	<b>1,822*</b>	--	--	--
Soutien mat/distractif <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	--	--	--	<b>0,353</b>	<b>0,203</b>	<b>1,739*</b>
Soutien mat/distractif <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	<b>0,376</b>	<b>0,147</b>	<b>2,555**</b>	--	--	--
Soutien informatif <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	<b>-0,453</b>	<b>0,204</b>	<b>-2,218*</b>	--	--	--
Soutien négatif <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	<b>0,353</b>	<b>0,147</b>	<b>2,402*</b>	<b>0,313</b>	<b>0,154</b>	<b>2,026*</b>
Soutien négatif <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	<b>-0,259</b>	<b>0,137</b>	<b>-1,894*</b>	--	--	--
Coping centré problème <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	--	--	--	<b>0,262</b>	<b>0,158</b>	<b>1,658<sup>+</sup></b>
Coping centré problème <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>-0,290</b>	<b>0,174</b>	<b>-1,667<sup>+</sup></b>
Recherche de soutien <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	<b>0,239</b>	<b>0,154</b>	<b>1,546<sup>+</sup></b>	<b>0,382</b>	<b>0,155</b>	<b>2,458**</b>
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	<b>0,281</b>	<b>0,186</b>	<b>1,514<sup>+</sup></b>	--	--	--
Anxiété <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	<b>0,234</b>	<b>0,152</b>	<b>1,538<sup>+</sup></b>	--	--	--
Anxiété <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	<b>-0,278</b>	<b>0,135</b>	<b>-2,054*</b>	--	--	--
Dépression <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	<b>-0,217</b>	<b>0,125</b>	<b>-1,745*</b>	--	--	--
Qualité de vie physique <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	<b>0,250</b>	<b>0,162</b>	<b>1,540<sup>+</sup></b>	--	--	--

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; <sup>+</sup>p<0,07

Tableau 33 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>4</sub> sur la qualité de vie physique en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	<b>0,261</b>	<b>0,169</b>	<b>1,545<sup>+</sup></b>
Soutien matériel - distractif <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	<b>0,464</b>	<b>0,171</b>	<b>2,712**</b>
Soutien matériel - distractif <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	<b>0,289</b>	<b>0,190</b>	<b>1,522<sup>+</sup></b>
Recherche de soutien social <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	<b>0,376</b>	<b>0,153</b>	<b>2,459**</b>

\*\*p<0,01 ; <sup>+</sup>p<0,07

### 3.4.2.2. La qualité de vie mentale

Voyons quels effets partenaires ressortent de nos analyses (Tableaux 34 et 35).

Moins les conjoints contrôlent leurs émotions, plus la qualité de vie mentale des patientes est préservée en T<sub>4</sub>.

Autres résultats : plus la qualité de vie physique des partenaires est altérée en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, meilleure est la qualité de vie mentale des patientes en T<sub>6</sub>. Et une bonne qualité de vie mentale des partenaires en T<sub>1</sub> prédit aussi une bonne qualité de vie mentale en T<sub>6</sub> pour leur compagne.

De plus, les patientes rapportent de bons scores de qualité de vie mentale en T<sub>6</sub> lorsque leur compagnon perçoit la disponibilité du soutien social comme faible et qu'il n'est pas satisfait du soutien reçu en T<sub>1</sub>, mais aussi lorsque les partenaires rapportent des scores élevés de recherche de soutien social en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>.

Trois effets partenaires ont été révélés par les analyses pour les conjoints. Ceux-ci présentent une meilleure qualité de vie mentale en T<sub>4</sub> lorsque les patientes contrôlent peu leurs émotions. Et plus la qualité de vie mentale des patientes est altérée en T<sub>1</sub> et moins elles reçoivent de soutien négatif en T<sub>4</sub>, plus la qualité de vie mentale de leur conjoint est préservée en T<sub>6</sub>.

Tableau 34 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>1</sub> sur la qualité de vie mentale en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	<b>-0,285</b>	<b>0,162</b>	<b>-1,766*</b>	--	--	--
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	<b>-0,368</b>	<b>0,193</b>	<b>-1,908*</b>	--	--	--
Disponibilité soutien <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>-0,311</b>	<b>0,204</b>	<b>-1,521<sup>+</sup></b>
Satisfaction soutien <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>-0,278</b>	<b>0,145</b>	<b>-1,916*</b>
Recherche soutien <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>0,312</b>	<b>0,182</b>	<b>1,713*</b>
QDV physique <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>-0,485</b>	<b>0,161</b>	<b>-3,018**</b>
QDV mentale <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	<b>-0,267</b>	<b>0,156</b>	<b>-1,705*</b>	--	--	--
QDV mentale <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>0,299</b>	<b>0,132</b>	<b>2,660*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; <sup>+</sup>p<0,07

Tableau 35 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>4</sub> sur la qualité de vie mentale en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Soutien négatif <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	<b>-0,318</b>	<b>0,181</b>	<b>-1,757*</b>
Recherche soutien social <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	<b>0,622</b>	<b>0,204</b>	<b>3,051**</b>
Qualité de vie physique <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	<b>-0,305</b>	<b>0,170</b>	<b>-1,794*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01

### **3.5. Discussion des résultats relatifs à l'hypothèse 3**

#### 3.5.1. Etude dyadique de la détresse émotionnelle

Les résultats montrent que l'ensemble des variables intégrées à cette étude a un impact sur l'ajustement émotionnel des couples.

##### 3.5.1.1. Impact de la détresse émotionnelle

Il ressort de nos analyses que plus les patientes font l'expérience d'états anxieux et dépressifs dans les premiers temps de l'étude (et donc durant leur prise en charge), plus leur ajustement émotionnel restera faible aux temps suivants. Ces résultats sont concordants avec ceux de Northouse et al. (1998) et de Millar et al. (2005). La détresse émotionnelle des partenaires dans la période post-thérapeutique est aussi expliquée par les niveaux de détresse déjà rapportés auparavant.

Il est de plus intéressant de constater que l'ajustement émotionnel des partenaires influence celui de leur compagne malade et inversement. Ainsi, plus les partenaires sont anxieux, plus leur épouse l'est en retour, tout comme dans l'étude de Northouse et al. (2001).

Contrairement à l'effet du partenaire sur la patiente, la détresse émotionnelle de ces premiers serait en partie expliquée par des niveaux faibles d'anxiété et de dépression chez leur compagne. Nous n'avons pourtant trouvé aucun résultat de ce type en effectuant notre revue de la littérature. Comment expliquer ce résultat surprenant ?

- Une première explication pourrait être que les partenaires ne comprennent pas la réaction positive de leur épouse face au cancer du sein et aux traitements associés. Ils peuvent apparenter cette réaction à du déni, ce qui serait angoissant pour eux.

- Les patientes réagissant plutôt bien à leur maladie restent certainement autonomes et leur conjoint peut alors se sentir inutile.

- Mais lire ces résultats dans l'autre sens nous amène à formuler une autre hypothèse : plus les patientes sont anxieuses et dépressives, plus les conjoints se montrent bien ajustés émotionnellement. Peut-être les partenaires tentent-ils de compenser cette détresse émotionnelle chez leur compagne, en se montrant forts pour rassurer leur compagne fragile.

- Enfin, le fait que les patientes ne se plaignent pas de sentiments anxieux ou dépressifs n'autorise pas leur conjoint à exprimer leurs propres émotions face à cet événement. Or, nous allons voir que la non expression des émotions peut être associée à des niveaux élevés de détresse émotionnelle.

#### 3.5.1.2. Impact du contrôle émotionnel

Effectivement, nous avons intégré à notre protocole une variable dispositionnelle : le contrôle émotionnel. Celui-ci a un impact négatif sur l'ajustement émotionnel des patientes (états dépressifs plus importants en T<sub>6</sub>). De plus, le contrôle émotionnel des patientes entraîne des états dépressifs plus importants pour leur conjoint, tandis que, dans le même temps, le contrôle émotionnel des partenaires provoque des niveaux élevés d'anxiété pour les patientes. Cette variable dispositionnelle, dont il est important de tenir compte, semble donc délétère pour la régulation émotionnelle du couple confronté au cancer. Nos résultats vont également dans le sens d'autres travaux qui ont permis de démontrer que l'expression émotionnelle ou la communication aboutissent à une diminution de la détresse émotionnelle pour les patientes (Mesters, Van Den Borne, McCormick, Pruyn, De Boer et Imbos, 1997 ; Stanton et al., 2000 ; Inoue, Saeki, Mantani, Okamura et Yamawaki, 2003 ; Iwamitsu, Shimoda, Abe, Tani, Kodama et Okawa, 2003 ; Figueiredo et al., 2004 ; Ho, Chan et Ho, 2004 ; Normand et al., 2004 ; Iwamitsu, Shimoda, Abe, Tani, Okawa et Buck, 2005), mais aussi pour les conjoints (Kornblith et al., 2006).

#### 3.5.1.3. Impact de la qualité de vie

De nos analyses ressort également que la qualité de vie physique altérée des patientes entraîne une détresse émotionnelle chez celles-ci mais aussi chez leur conjoint. Les partenaires qui ont aussi une mauvaise qualité de vie physique sont plus déprimés. Ces résultats paraissent tout à fait cohérents, d'autant plus si l'on considère que la détresse est un marqueur négatif de la qualité de vie au même titre que le bien-être physique (Ferrell, 1993 ; Ferrel et al., 1995, 1996, 1997, 1998 ; Dow et al., 1996) et que ces dimensions sont intercorrélées.

En revanche, les patientes sont plus anxieuses et déprimées lorsque leur compagnon a une bonne qualité de vie physique. Nous savons, grâce aux comparaisons de moyennes réalisées sur les scores des patientes et des partenaires, que la qualité de vie des conjoints est meilleure que celle des patientes ce qui est tout à fait logique compte tenu des traitements reçus par ces dernières (chirurgie, radiothérapie, plus ou moins chimiothérapie, et parfois hormonothérapie et immunothérapie). Le différentiel d'énergie est certainement frustrant pour les patientes qui se sentent diminuées.

En ce qui concerne la deuxième facette de la qualité de vie, plus la qualité de vie mentale des partenaires est altérée, plus leur anxiété et celle de leur compagne sera élevée. En revanche, et cela rejoint un des résultats précédents, plus la qualité de vie mentale des patientes est bonne, plus la détresse émotionnelle des partenaires augmente. L'influence de la qualité de vie mentale des patientes sur leur ajustement émotionnel est variable selon les temps de l'étude. En effet, plus la qualité de vie mentale des patientes est détériorée en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, plus les patientes sont anxieuses ou déprimées ensuite. Mais, plus la qualité de vie mentale des patientes est bonne en T<sub>1</sub>, plus elles sont déprimées en T<sub>6</sub>. C'est ce dernier résultat qui nous amène à nous interroger : à savoir, le lien entre une bonne qualité de vie mentale en début de traitement et un état dépressif six mois après la fin du traitement. Nous pouvons, pour interpréter ce résultat, faire appel à la théorie de l'après-coup de Freud (Bonaparte, Freud et Kris, 1956). En effet les patientes qui présentent, au tout début de l'annonce du traitement (en T<sub>1</sub>), des scores élevés de qualité de vie mentale, mobilisent en réalité toute leur énergie pour faire face à cet événement, contrôlant à ce moment précis leurs émotions négatives, et c'est seulement lorsque ces traitements sont terminés que les émotions ressurgissent ou qu'elles « remontent à la surface », à la Conscience.

#### 3.5.1.4. Impact de l'ajustement dyadique

Lorsque les patientes font l'expérience d'un mauvais ajustement dyadique dans leur couple, elles souffrent de plus de symptômes dépressifs (à tous les temps de mesure) et leur compagnon rapporte des niveaux d'anxiété plus importants six mois après la fin du traitement adjuvant. Le premier effet décrit, qui est un effet acteur, avait déjà été démontré dans trois études différentes (Pistrang et Barker, 1995 ; Weihs et al., 1999 ; Yang et Schuler, 2009). Nos résultats sont donc concordants avec les études

antérieures. Quant à l'effet partenaire de l'ajustement dyadique évalué par les patientes sur l'anxiété des conjoints, il vient confirmer les résultats de Segrin et al. (2007).

Au total, la perception des patientes de l'harmonie dans leur couple semble donc être essentielle pour l'ajustement des deux membres du couple.

#### 3.5.1.5. Impact du soutien social

L'effet relatif des différentes dimensions du soutien social a également été intégré à nos analyses.

Les résultats mettent en évidence que moins les partenaires sont satisfaits du soutien reçu, plus leur détresse émotionnelle est élevée. Si cela avait déjà été démontré par de nombreux travaux (Northouse, 1988 ; Hoskins, 1995a ; Hoskins et al., 1996b ; Segrin et al., 2006 ; Wagner et al., 2006 ; Bigatti et al., *sous presse*), notre étude permet aussi de démontrer que l'insatisfaction des conjoints en terme de soutien reçu prédit des niveaux élevés d'anxiété pour les patientes. Le soutien négatif prédit également un mauvais ajustement émotionnel pour les patientes, qu'il soit reçu par les patientes elles-mêmes ou leur conjoint. Cet impact des comportements non-soutenants de l'entourage sur la détresse émotionnelle des patientes avait déjà été dénoncé par Manne, Ostroff, Winkel, Grana et Fox (2005) et Fergus et Gray (2009).

En revanche, plus les patientes se disent insatisfaites du soutien reçu et se plaignent de recevoir du soutien négatif, moins les conjoints dépriment. A nouveau, nos résultats montrent que les partenaires se disent mieux ajustés lorsque les patientes rapportent des éléments négatifs. Les différentes interprétations à ce type de résultat ont déjà été présentées dans ce paragraphe (pp243-244).

Enfin, si les partenaires reçoivent du soutien négatif en  $T_4$ , les patientes dépriment moins en  $T_6$ . Ce résultat est plutôt surprenant et reste difficile à interpréter. Il est possible que face à la plainte de leur mari concernant le soutien reçu, les patientes se disent mieux ajustées afin de le protéger.

Un autre résultat intéressant concerne le soutien informatif des partenaires : plus il est faible et plus ces derniers sont anxieux, d'où l'intérêt d'encourager la présence des proches aux consultations médicales. Nos comparaisons de moyennes entre les scores des patientes et ceux des partenaires ont déjà permis de dénoncer une moindre transmission des informations médicales au conjoint. Or, être sous-informé fait place à

toutes sortes de fausses idées concernant l'état de santé dans lequel se trouve leur compagne.

Le soutien reçu par un membre du couple influence l'ajustement émotionnel de l'autre : moins les conjoints reçoivent de soutien émotionnel, matériel, distractif et informatif, plus les patientes sont anxieuses et déprimées. Il en est de même pour les conjoints lorsque les patientes reçoivent peu de soutien émotionnel, matériel et distractif et lorsqu'elles rapportent une moindre disponibilité du soutien social. En bref, les deux membres du couple ont besoin d'être soutenus mais surtout que leur proche le soit aussi. En revanche, recevoir du soutien matériel et distractif un mois après la fin du traitement adjuvant induit de l'anxiété chez les patientes cinq mois plus tard. La question serait de savoir si les patientes sont satisfaites de ce type de soutien à ce moment-là. En effet, si le soutien a généralement des effets positifs, encore faut-il qu'il soit adéquat aux besoins des patientes (Reynolds, 2001).

#### 3.5.1.6. Impact du coping

Les dimensions du coping général et spécifique ont un impact sur la détresse émotionnelle et donnent de nombreux effets acteurs et partenaires.

Nos résultats montrent que le recours à une stratégie de coping émotionnel entraîne une détresse émotionnelle importante pour les deux membres du couple. L'utilisation de cette stratégie par les conjoints rend les patientes plus anxieuses et déprimées.

En revanche, les conjoints présentent moins de symptômes anxieux et dépressifs lorsque les patientes ont des scores élevés de coping centré sur l'émotion. L'explication peut être la même que lorsque les conjoints sont moins en détresse quand les patientes sont anxieuses et déprimées. Les stratégies de coping centrées sur l'émotion sont donc plutôt délétères pour l'ajustement émotionnel des patientes et des partenaires. Cela confirme de plus les résultats de l'étude de Ben-Zur et al. (2001).

L'adoption d'un coping centré sur le problème protège patientes et partenaires de la détresse émotionnelle. De plus, les partenaires sont moins déprimés lorsque les patientes ont recours à cette stratégie.

Toutefois, plus les partenaires utilisent le coping centré sur le problème, plus les patientes ont des niveaux élevés de dépression plus tard. Cette implication des conjoints

est donc mal vécue par les patientes qui pensent peut-être qu'il s'agit de leur propre combat et n'attendent pas cela de leur compagnon. Lafaye (2009) a obtenu des résultats similaires auprès de patients traités pour un cancer de la prostate et leur compagne. Selon elle, « *les conjointes semblent avoir une volonté trop importante de prendre le problème à leur charge et peuvent ainsi devenir envahissantes pour les patients.[...] Il est possible que les patients n'acceptent pas de voir leur conjointe faire face à une maladie qui n'est pas la leur, ou se battre à leur place. Ceci induit certainement chez les patients un sentiment d'être diminué ; ils croient que leur conjointe s'investit dans un combat car ils ne peuvent ou ne sont pas assez forts pour le faire, ce qui se traduit par un mal être important.* »

Plus les partenaires recherchent du soutien social en T<sub>1</sub>, plus ils sont déprimés en T<sub>6</sub>, certainement car leurs attentes n'ont pas été satisfaites. En revanche, les patientes et conjoints sont mieux ajustés émotionnellement lorsque leur partenaire recherche du soutien social. Cette ouverture aux autres, tout comme l'expression émotionnelle, est donc positive pour l'autre membre du couple. Si cette ouverture est tournée vers l'autre membre du couple, entraînant une réciprocité du soutien, cela peut aussi être très bénéfique à la dyade (Makabe et Nomizu, 2007).

En ce qui concerne l'impact du coping spécifique, il est très clair que l'esprit combatif, qui est une stratégie de coping centrée sur le problème, entraîne un bon ajustement émotionnel chez les patientes, tandis qu'impuissance/désespoir et préoccupations anxieuses provoquent anxiété et dépression. Ces résultats sont concordants avec ceux retrouvés dans la littérature (Lavery et Clarke, 1996 ; Cousson-Gélie, 1997 ; Schnoll et al., 1998 ; Cotton et al., 1999 ; Tastet, 2001 ; Sehlen et al., 2003 ; Segrestan et al., 2005 ; Filazoglu et Griva, 2008 ; Al-Azri et al., 2009). Mais le coping spécifique adopté par les patientes joue aussi un rôle dans l'ajustement des conjoints. Ainsi, plus les patientes utilisent la dénégation ou ont des préoccupations anxieuses, moins les partenaires ont de symptômes anxieux ou dépressifs. Cela rejoint d'autres résultats précédents qui montrent que les partenaires sont mieux ajustés émotionnellement lorsque les patientes sont dans la détresse.

### 3.5.2. Etude dyadique de la qualité de vie

#### 3.5.2.1. Impact de la qualité de vie

Il ressort de nos analyses que plus les patientes rapportent des scores élevés de qualité de vie physique dans les premiers temps de l'étude, plus leur qualité de vie physique restera élevée aux temps suivants. De même pour les partenaires, une bonne qualité de vie physique en début d'étude protège la qualité de vie des conjoints et des patientes pour les temps suivants. On peut supposer que lorsque les conjoints sont en bonne santé ils ne sont pas un poids pour leur compagne et peuvent même l'aider et la soulager, ce qui préserve leur qualité de vie physique.

Le lien entre qualité de vie physique et qualité de vie mentale apparaît beaucoup plus flou. En effet, une bonne qualité de vie physique chez les partenaires entraîne une bonne qualité de vie mentale en T<sub>4</sub>, mais une qualité de vie mentale détériorée en T<sub>6</sub> pour eux-mêmes ainsi que leur conjointe. Il paraît logique qu'une bonne qualité de vie physique entraîne une bonne qualité de vie mentale pour les conjoints. Si les conjoints ont une bonne qualité de vie physique, on peut faire l'hypothèse qu'ils participeront davantage aux activités quotidiennes et qu'ils aideront leur compagne, ce qui est louable aux yeux de notre société et gratifiant. Si la situation dure longtemps, cela peut perturber la qualité de vie mentale des conjoints qui peuvent percevoir cette aide comme un véritable fardeau (Zarit et al., 1986). Pour les conjointes, voir leur partenaire en meilleure santé physique qu'elles, les renvoie à leurs propres difficultés physiques et cela peut avoir un impact négatif sur leur qualité de vie mentale.

Nos résultats montrent également que des scores faibles de qualité de vie mentale en T<sub>1</sub> chez les partenaires prédisent une bonne qualité de vie physique en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. Il est difficile d'interpréter ce résultat. Toutefois, rappelons que les scores de qualité de vie mentale des conjoints sont très bas tout au long du premier traitement adjuvant. Puis ils augmentent entre T<sub>4</sub> et T<sub>5</sub> pour diminuer ensuite quelque peu. La qualité de vie mentale des partenaires est donc altérée le temps du traitement car ils ont certainement à pallier les effets secondaires des traitements pour leur conjointe. Une fois les traitements terminés, on peut émettre l'hypothèse selon laquelle l'aide apportée les a dynamisés et qu'ils ont aussi davantage de temps libre pour entretenir leur qualité de vie physique.

La qualité de vie mentale des patientes est meilleure lorsque celle des conjoints est élevée. En revanche, les scores de qualité de vie mentale des partenaires sont élevés

lorsque ceux des patientes sont faibles. Cela nous ramène à la discussion partielle sur l'ajustement émotionnel concernant la relation entre la détresse émotionnelle des patientes et des conjoints (Voir paragraphe 3.5.1.1.).

### 3.5.2.2. Impact de la détresse émotionnelle

En ce qui concerne l'influence de la détresse émotionnelle sur la qualité de vie, des scores faibles de détresse émotionnelle sont associés à une meilleure qualité de vie physique et mentale pour les partenaires. De plus, nos analyses dyadiques révèlent que la qualité de vie physique des patientes est meilleure lorsque les partenaires rapportent un bon ajustement émotionnel. Ce dernier résultat vient confirmer ceux de Kim et al. (2008) et de Lafaye (2009) qui ont utilisé la même méthodologie statistique employée dans cette étude.

Nos résultats montrent bien l'intérêt de prévenir les symptômes anxieux et dépressifs des deux membres du couple car ils ont un impact non négligeable sur leur qualité de vie et sur celle de leur proche.

En revanche, la qualité de vie physique auto évaluée par les partenaires est meilleure lorsque les patientes ont des scores élevés d'anxiété. Ce résultat est encore surprenant mais en concordance avec d'autres résultats précédents de cette étude. Ce type de résultat contre-intuitif a également été obtenu par Lafaye (2009) auprès de couples dont le mari est atteint d'un cancer de la prostate. Selon elle, les conjointes confrontées à la détresse élevée de leur partenaire minimiseraient l'impact du cancer de ce dernier sur leur qualité de vie.

### 3.5.2.3. Impact du contrôle émotionnel

Concernant la variable dispositionnelle, le contrôle émotionnel des patientes détériore la qualité de vie mentale de leur conjoint. Parallèlement, plus les partenaires contrôlent leurs émotions, plus la qualité de vie physique et mentale des patientes est altérée, mais plus la qualité de vie mentale des partenaires est bonne. Toutefois, nous savons qu'une mauvaise qualité de vie mentale chez les patientes est associée à une bonne qualité de vie mentale chez leur conjoint, ce qui explique certainement ce dernier

résultat. Nos analyses confirment donc de nouveau le caractère délétère de ce trait de personnalité qu'est la non expression des émotions.

#### 3.5.2.4. Impact de l'ajustement dyadique

L'ajustement dyadique n'a d'impact que sur la qualité de vie physique des patientes : plus il est élevé, meilleure sera leur qualité de vie physique.

#### 3.5.2.5. Impact du soutien social

Les analyses dyadiques sur le lien entre qualité de vie et soutien social ont ramené des résultats discordants.

Tout soutien positif envers elles-mêmes ou leur conjoint semble bénéfique à la santé physique des patientes (scores élevés de disponibilité du soutien social, de soutien matériel et distractif, et scores faibles de soutien négatif).

Des scores élevés de satisfaction et de disponibilité du soutien social chez les partenaires, et des scores élevés de soutien émotionnel, matériel et distractif pour les patientes entraînent une bonne qualité de vie physique pour les conjoints. Mais les conjoints présentent aussi une bonne qualité de vie physique lorsqu'ils reçoivent peu de soutien matériel (cela peut signifier qu'ils n'ont pas besoin de ce soutien car ils sont en bonne santé pour assurer les tâches quotidiennes) et lorsque leur compagne se plaint de recevoir du soutien négatif et peu de soutien informatif. Une fois de plus, il semblerait que les conjoints se sentent mieux, y compris physiquement, lorsque leur compagne est en détresse (rappelons que le soutien négatif est associé pour les patientes à des scores élevés d'anxiété).

Les résultats concernant l'autre facette de la qualité de vie sont tout aussi surprenants. Une grande disponibilité du soutien en T<sub>1</sub> est associée à une bonne qualité de vie mentale en T<sub>4</sub> pour les patientes. La qualité de vie mentale des patientes est également meilleure lorsqu'elles reçoivent peu de soutien émotionnel, matériel et distractif, qu'elles et leur conjoint rapportent une moindre disponibilité du soutien social et que leur conjoint n'est pas satisfait du soutien reçu. Encore une fois, il semblerait que l'explication la plus plausible soit que le soutien fourni ne corresponde pas aux attentes

des patientes ou encore qu'il est plus gratifiant pour elles de gérer seule leur quotidien, même si cela détériore leur qualité de vie physique.

La qualité de vie mentale des partenaires, elle, est meilleure en T<sub>4</sub> lorsque ces derniers reçoivent du soutien émotionnel et informatif, et lorsqu'ils sont satisfaits du soutien reçu en début de traitement. Toute forme de soutien semble donc bénéfique aux conjoints. Leur qualité de vie mentale est aussi meilleure en T<sub>6</sub> lorsque leur compagne reçoit peu de soutien négatif en T<sub>4</sub>. Toutefois, plus les conjoints sont insatisfaits du soutien reçu depuis la fin des traitements, meilleure est leur qualité de vie mentale en T<sub>6</sub>. Le fait de ne pas être satisfaits du soutien reçu a peut-être amené les conjoints à être un peu plus autonomes, ce qui a un effet positif sur la qualité de vie mentale.

#### 3.5.2.6. Impact du coping

Nous nous sommes également intéressée à l'impact du coping sur la qualité de vie.

Les analyses dyadiques menées sur les données des patientes ont permis de révéler que le recours à la dénégation en T<sub>1</sub> et l'adoption de stratégies de coping centré sur l'émotion en T<sub>4</sub> sont associés à une bonne qualité de vie physique respectivement en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. La dénégation consiste à vivre sa vie « comme d'habitude », à se comporter comme si la maladie n'existait pas. Avoir ce type de réaction en tout début de traitement (T<sub>1</sub>) peut être bénéfique puisque les patientes maintiennent leurs activités, ce qui entretient force et forme. Cette relation n'est pas retrouvée ensuite, les effets secondaires des traitements ne permettant certainement pas cela.

Concernant le lien entre le coping centré sur l'émotion et une qualité de vie physique préservée cinq mois plus tard, il semblerait qu'il soit sain, une fois les traitements terminés, de rejeter cet événement de vie difficile et de reprendre sa vie et ses activités. Rappelons quelques items de la sous échelle de coping centré sur l'émotion pour illustrer cela : « j'ai souhaité que le situation disparaisse ou finisse » ; « j'ai souhaité pouvoir changer d'attitude » ; « j'ai essayé de tout oublier. »

La qualité de vie physique des patientes est également meilleure lorsque les partenaires n'ont pas recours au coping centré sur le problème. Nous avons déjà discuté plus haut ce type de résultat : les patientes considèrent sans nul doute qu'il s'agit de leur maladie et que c'est à elles à y faire face, pas à leur conjoint.

La qualité de vie mentale des patientes est préservée lorsque les partenaires recherchent du soutien social. S'ils se tournent vers d'autres personnes, cela peut parfois soulager les patientes. S'ils se tournent vers elles, cela peut leur montrer qu'elles sont importantes à leurs yeux et qu'elles ont toujours ce rôle de soutien et d'écoute malgré la maladie. Nous avons déjà insisté, dans notre revue de la littérature, sur l'effet bénéfique de la réciprocité dans les relations interpersonnelles sur l'ajustement psychologique (Makabe et Nomizu, 2007).

La qualité de vie mentale des patientes est dégradée en  $T_6$  lorsqu'elles ont recours au coping centré sur le problème en  $T_1$ . Le fait de concentrer son énergie sur le combat contre la maladie est, nous l'avons déjà vu, bénéfique. Cela protège les patientes d'états dépressifs un mois après la fin des traitements. Toutefois, cela remplit la vie des patientes pendant plusieurs mois et peut, à long terme, une fois tous les traitements terminés, avoir un impact négatif sur leur qualité de vie mentale. Comme nous le disions précédemment, les patientes peuvent parfois avoir des réactions dans l'après-coup.

Concernant les partenaires, aucun effet acteur n'a été observé pour eux. Toutefois, leur qualité de vie physique est meilleure lorsque leur compagne adopte des stratégies de coping centré sur le problème ou sur la recherche de soutien social et lorsqu'elle rapporte des scores élevés d'impuissance/désespoir. En d'autres termes, si les patientes se confrontent à la maladie et se tournent vers autrui, leur conjoint se sent mieux physiquement, peut-être parce qu'elles lui demandent de l'aide – ce qui effectivement peut avoir un effet direct sur sa qualité de vie physique – et qu'elles font face à la maladie, laissant à leur partenaire toute son énergie. Nous retrouvons aussi un résultat redondant : plus les patientes rapportent d'émotions négatives (impuissance/désespoir), plus cela est bénéfique pour les partenaires.

## CHAPITRE 4. ETUDE DYADIQUE DU COPING AUPRES DE COUPLES CONFRONTES AU CANCER DU SEIN

### 4.1. Rappel de l'hypothèse 4

Certaines caractéristiques individuelles de chacun des membres du couple ont une influence sur l'adoption de leurs stratégies de coping respectives (Patiente → Patiente ; Conjoint → Conjoint ; Conjoint → Patiente ; Patiente → Conjoint).

Le contrôle émotionnel, la détresse émotionnelle et le soutien social négatif ont des effets négatifs sur certaines des stratégies de coping (esprit combatif, coping centré sur le problème et recherche de soutien social) et des effets positifs sur d'autres (coping centré sur l'émotion, impuissance/désespoir, préoccupations anxieuses, évitement et dénégation). L'ajustement dyadique et les autres types de soutien (émotionnel, matériel et distractif et informatif) ont des effets positifs sur l'esprit combatif, le coping centré sur le problème et la recherche de soutien social et des effets négatifs sur le coping centré sur l'émotion, l'impuissance/désespoir, les préoccupations anxieuses, l'évitement et la dénégation.

### 4.2. Résultats relatifs à l'hypothèse 4

#### 4.2.1. Le coping centré sur le problème

##### 4.2.1.1. Effets acteurs

Les patientes adoptent un coping centré sur le problème en T<sub>4</sub> lorsqu'elles ont des scores faibles de contrôle émotionnel et de soutien informatif, et des scores élevés d'anxiété en T<sub>1</sub>. Elles adoptent un coping centré sur le problème en T<sub>6</sub> lorsqu'elles reçoivent du soutien matériel et distractif et qu'elles sont satisfaites du soutien reçu en T<sub>1</sub> et lorsqu'elles reçoivent du soutien émotionnel, informatif, matériel et distractif en T<sub>4</sub>.

Si l'on s'intéresse aux partenaires, plus ils reçoivent de soutien émotionnel en T<sub>1</sub>, plus ils adoptent une stratégie de coping centré sur le problème en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. Des

scores faibles de symptomatologie dépressive en T<sub>1</sub> prédisent un recours plus important au coping centré sur le problème en T<sub>4</sub>. Les partenaires ont aussi recours à ce type de stratégie en T<sub>6</sub> lorsqu'ils sont satisfaits du soutien reçu en T<sub>1</sub> et lorsqu'ils rapportent une grande disponibilité du soutien social et une faible symptomatologie dépressive en T<sub>4</sub>.

Les résultats sont présentés dans les tableaux 36 et 37.

Tableau 36 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le coping centré sur le problème en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	<b>-0,367</b>	<b>0,146</b>	<b>-2,516**</b>	--	--	--
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>0,329</b>	<b>0,202</b>	<b>1,627<sup>+</sup></b>
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	--	--	--	<b>0,336</b>	<b>0,169</b>	<b>1,993*</b>
Soutien émotionnel <sub>part</sub>	<b>0,376</b>	<b>0,172</b>	<b>2,181*</b>	--	--	--
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>0,429</b>	<b>0,177</b>	<b>2,419*</b>
Soutien informatif <sub>pat</sub>	<b>-0,500</b>	<b>0,138</b>	<b>-3,168***</b>	--	--	--
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,234</b>	<b>0,141</b>	<b>1,656<sup>+</sup></b>	--	--	--
Dépression <sub>part</sub>	<b>-0,217</b>	<b>0,134</b>	<b>1,867<sup>+</sup></b>	--	--	--

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001 ; <sup>+</sup>p<0,07

Tableau 37 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur le coping centré sur le problème en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Disponibilité du soutien social <sub>part</sub>	<b>0,374</b>	<b>0,220</b>	<b>1,703<sup>+</sup></b>
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	<b>0,371</b>	<b>0,156</b>	<b>2,374*</b>
Soutien émotionnel <sub>part</sub>	<b>0,313</b>	<b>0,164</b>	<b>1,904*</b>
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	<b>0,525</b>	<b>0,172</b>	<b>3,043**</b>
Soutien informatif <sub>pat</sub>	<b>0,236</b>	<b>0,153</b>	<b>1,541<sup>+</sup></b>
Dépression <sub>part</sub>	<b>-0,348</b>	<b>0,170</b>	<b>-2,050*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; <sup>+</sup>p<0,07

#### 4.2.1.2. Effets partenaires

Concernant les effets partenaires, ils sont au nombre de deux pour les patientes et de trois pour les conjoints (Tableaux 38 et 39).

Les patientes adoptent une stratégie de coping centré sur le problème en T<sub>4</sub> lorsque les partenaires rapportent des scores faibles d'ajustement dyadique et des scores importants de soutien informatif en T<sub>1</sub>.

Les partenaires ont recours au coping centré sur le problème en T<sub>4</sub> lorsque leur compagne rapporte des scores élevés d'anxiété en T<sub>1</sub>. En T<sub>6</sub>, ils ont recours au coping centré sur le problème lorsque les patientes reçoivent beaucoup de soutien émotionnel et matériel et distractif en T<sub>4</sub>.

Tableau 38 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le coping centré sur le problème en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → Prob <sub>pat</sub>	<b>-0,325</b>	<b>0,165</b>	<b>-1,969*</b>	--	--	--
Soutien informatif <sub>part</sub> → Prob <sub>pat</sub>	<b>0,326</b>	<b>0,128</b>	<b>2,553*</b>	--	--	--
Anxiété <sub>pat</sub> → Prob <sub>part</sub>	<b>0,254</b>	<b>0,136</b>	<b>1,867*</b>	--	--	--

\*p<0,05

Tableau 39 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur le coping centré sur le problème en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → Problème <sub>part</sub>	<b>0,246</b>	<b>0,156</b>	<b>1,583<sup>+</sup></b>
Soutien matériel/dis <sub>pat</sub> → Problème <sub>part</sub>	<b>0,296</b>	<b>0,193</b>	<b>1,534<sup>+</sup></b>

<sup>+</sup>p<0,07

#### 4.2.2. Le coping centré sur l'émotion

##### 4.2.2.1. Effets acteurs

Moins les patientes contrôlent leurs émotions en T<sub>1</sub>, plus elles adoptent un coping centré sur l'émotion en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Plus les patientes rapportent des symptômes anxieux en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, plus elles ont recours au coping centré sur l'émotion en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. Et plus elles rapportent de symptômes dépressifs en T<sub>1</sub>, plus leurs scores moyens de coping centré sur l'émotion en T<sub>4</sub> sont élevés.

Plus les patientes reçoivent de soutien négatif en T<sub>1</sub>, plus elles ont recours au coping centré sur l'émotion en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Enfin, moins les patientes reçoivent de soutien informatif en T<sub>1</sub>, plus elles adoptent un coping centré sur l'émotion en T<sub>4</sub>.

De l'autre côté, plus les partenaires contrôlent leurs émotions et rapportent une disponibilité du soutien social importante en T<sub>1</sub>, plus ils ont recours à un coping centré sur l'émotion en T<sub>6</sub>.

Rapporter des scores élevés de symptomatologie anxieuse en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub> prédit un recours plus important au coping centré sur l'émotion en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> pour les partenaires. De même, une symptomatologie dépressive importante en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub> est associée à un recours plus important au coping centré sur l'émotion respectivement en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> pour les conjoints.

L'ensemble de ces résultats est présenté dans les tableaux 40 et 41.

Tableau 40 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le coping centré sur l'émotion en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	<b>-0,357</b>	<b>0,145</b>	<b>-2,459**</b>	<b>-0,316</b>	<b>0,164</b>	<b>-1,929*</b>
Contrôle émotionnel <sub>part</sub>	--	--	--	<b>0,332</b>	<b>0,191</b>	<b>1,684<sup>+</sup></b>
Disponibilité du soutien social <sub>part</sub>	--	--	--	<b>0,412</b>	<b>0,260</b>	<b>1,587<sup>+</sup></b>
Soutien informatif <sub>pat</sub>	<b>-0,313</b>	<b>0,164</b>	<b>-1,913*</b>	--	--	--
Soutien négatif <sub>pat</sub>	<b>0,558</b>	<b>0,122</b>	<b>4,566***</b>	<b>0,452</b>	<b>0,149</b>	<b>3,034**</b>
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,626</b>	<b>0,126</b>	<b>4,976***</b>	<b>0,541</b>	<b>0,147</b>	<b>3,684***</b>
Anxiété <sub>part</sub>	<b>0,611</b>	<b>0,143</b>	<b>4,269***</b>	<b>0,375</b>	<b>0,183</b>	<b>2,048*</b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,366</b>	<b>0,135</b>	<b>2,712**</b>	--	--	--
Dépression <sub>part</sub>	<b>0,367</b>	<b>0,130</b>	<b>2,813**</b>	--	--	--

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

Tableau 41 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur le coping centré sur l'émotion en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,689</b>	<b>0,200</b>	<b>3,438***</b>
Anxiété <sub>part</sub>	<b>0,351</b>	<b>0,141</b>	<b>2,486**</b>
Dépression <sub>part</sub>	<b>0,328</b>	<b>0,176</b>	<b>1,856*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

#### 4.2.2.2. Effets partenaires

Nos analyses n'ont mis en évidence que trois effets partenaires :

- plus les partenaires contrôlent leurs émotions, plus les patientes adoptent un coping centré sur l'émotion en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>,
- plus les patientes sont satisfaites du soutien social en T<sub>1</sub>, plus les conjoints ont tendance à avoir recours à la stratégie de coping centré sur l'émotion en T<sub>4</sub>.

L'ensemble de ces résultats est présenté dans le Tableau 42.

Tableau 42 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le coping centré sur l'émotion en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	<b>0,367</b>	<b>0,180</b>	<b>2,037*</b>	<b>0,412</b>	<b>0,184</b>	<b>2,241*</b>
Satisfaction soutien <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	<b>0,433</b>	<b>0,258</b>	<b>1,681<sup>+</sup></b>	--	--	--

\*p<0,05 ; <sup>+</sup>p<0,07

#### 4.2.3. La recherche de soutien social

##### 4.2.3.1. Effets acteurs

De nombreux effets acteurs ressortent de nos analyses (tableaux 43 et 44).

Les patientes qui contrôlent peu leurs émotions et qui rapportent de nombreux symptômes anxieux en T<sub>1</sub>, ont davantage recours à la recherche de soutien social en T<sub>4</sub>. Les patientes recherchent du soutien social en T<sub>6</sub> lorsqu'elles sont satisfaites du soutien reçu en T<sub>1</sub>, qu'elles rapportent peu de sentiments dépressifs en T<sub>1</sub>, et qu'elles reçoivent du soutien émotionnel, matériel et distractif en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, et du soutien informatif en T<sub>4</sub>. Plus les patientes rapportent des scores élevés de disponibilité et de satisfaction du soutien en T<sub>4</sub>, plus elles recherchent du soutien en T<sub>6</sub>.

Plus les partenaires reçoivent de soutien émotionnel en T<sub>1</sub>, plus ils ont tendance à rechercher du soutien social en T<sub>4</sub>. Mais cette relation s'inverse par la suite : moins les

partenaires reçoivent de soutien émotionnel en T<sub>1</sub>, plus ils ont tendance à rechercher du soutien social en T<sub>6</sub>.

Les conjoints recherchent du soutien social en T<sub>6</sub> lorsqu'ils ont des scores élevés de disponibilité du soutien social et de soutien informatif en T<sub>4</sub> et lorsqu'ils ont des scores faibles de soutien négatif en T<sub>4</sub>.

Tableau 43 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur la recherche de soutien social en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	<b>-0,317</b>	<b>0,136</b>	<b>-2,335*</b>	--	--	--
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>0,378</b>	<b>0,224</b>	<b>1,690*</b>
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>0,357</b>	<b>0,204</b>	<b>1,745*</b>
Soutien émotionnel <sub>part</sub>	<b>0,208</b>	<b>0,133</b>	<b>1,562<sup>+</sup></b>	<b>-0,278</b>	<b>0,164</b>	<b>-1,693<sup>+</sup></b>
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>0,501</b>	<b>0,178</b>	<b>2,817*</b>
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,208</b>	<b>0,133</b>	<b>1,569<sup>+</sup></b>	--	--	--
Dépression <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>-0,307</b>	<b>0,132</b>	<b>-2,333*</b>

\*p<0,05 ; <sup>+</sup>p<0,07

Tableau 44 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur la recherche de soutien social en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	<b>0,406</b>	<b>0,142</b>	<b>2,852**</b>
Disponibilité du soutien social <sub>part</sub>	<b>0,383</b>	<b>0,217</b>	<b>1,762*</b>
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	<b>0,312</b>	<b>0,165</b>	<b>1,894*</b>
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	<b>0,522</b>	<b>0,150</b>	<b>3,490***</b>
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	<b>0,637</b>	<b>0,159</b>	<b>4,001***</b>
Soutien informatif <sub>pat</sub>	<b>0,378</b>	<b>0,141</b>	<b>2,676**</b>
Soutien informatif <sub>part</sub>	<b>0,280-</b>	<b>0,139</b>	<b>2,024*</b>
Soutien négatif <sub>part</sub>	<b>-0,277</b>	<b>0,157</b>	<b>-1,761*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

#### 4.2.3.2. Effets partenaires

Au travers de nos analyses, nous avons obtenu dix effets partenaires qui sont aussi présentés dans les tableaux 45 et 46 :

- plus les partenaires rapportent de symptômes anxieux et dépressifs en T<sub>1</sub>, moins les patientes ont recours à la recherche de soutien social en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> ;
- plus les patientes contrôlent leurs émotions en T<sub>1</sub>, plus les partenaires recherchent de soutien social en T<sub>6</sub> ;
- plus les patientes rapportent de symptômes anxieux en T<sub>4</sub>, plus les partenaires ont tendance à rapporter des scores faibles de recherche de soutien social en T<sub>6</sub> ;
- plus les patientes ont des scores élevés de disponibilité du soutien social en T<sub>1</sub>, plus les partenaires recherchent du soutien social en T<sub>4</sub> ;
- plus les patientes reçoivent du soutien informatif en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, plus les partenaires recherchent du soutien social respectivement en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>, et en T<sub>6</sub>.

Tableau 45 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur la recherche de soutien social en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	--	--	--	<b>0,390</b>	<b>0,151</b>	<b>2,589**</b>
Disponibilité soutien <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	<b>0,310</b>	<b>0,119</b>	<b>2,591**</b>	--	--	--
Soutien informatif <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	<b>0,270</b>	<b>0,157</b>	<b>1,716*</b>	<b>0,319</b>	<b>0,173</b>	<b>1,849*</b>
Anxiété <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	<b>-0,237</b>	<b>0,136</b>	<b>-1,739*</b>	<b>-0,296</b>	<b>0,167</b>	<b>-1,778*</b>
Dépression <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	<b>-0,245</b>	<b>0,126</b>	<b>-1,948*</b>	<b>-0,343</b>	<b>0,122</b>	<b>-2,816**</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01

Tableau 46 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur la recherche de soutien social en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Soutien informatif <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	<b>0,251</b>	<b>0,135</b>	<b>1,857*</b>
Anxiété <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	<b>-0,296</b>	<b>0,187</b>	<b>-1,579<sup>+</sup></b>

\*p<0,05 ; <sup>+</sup>p<0,07

Des analyses dyadiques ont également été menées sur le coping spécifique. Cela nous permet de mieux comprendre quels sont les prédicteurs des stratégies de coping spécifique utilisées par les patientes.

#### 4.2.4. L'esprit combatif

##### 4.2.4.1. Effets acteurs

Le fait d'exprimer leurs émotions permet aux patientes d'adopter une stratégie combative en T<sub>6</sub>.

Les patientes qui rapportent un bon ajustement dyadique un mois après la fin du premier traitement adjuvant ont également des scores plus élevés d'esprit combatif en T<sub>6</sub>.

Le soutien social semble aussi avoir un impact sur cette stratégie : plus les patientes perçoivent une grande disponibilité du soutien social en T<sub>1</sub> et sont satisfaites du soutien reçu en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, plus elles ont recours à l'esprit combatif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. Et moins elles reçoivent de soutien négatif en T<sub>1</sub>, plus elles ont recours à l'esprit combatif en T<sub>4</sub>.

Enfin, le fait de présenter une symptomatologie anxieuse importante en T<sub>1</sub> prédit pour les patientes un moindre recours à l'esprit combatif en T<sub>4</sub>. De même, le fait de rapporter de nombreux symptômes dépressifs en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub> est associé à de faibles scores moyens d'esprit combatif, respectivement en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Ces résultats sont présentés dans les tableaux 47 et 48.

Tableau 47 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur l'esprit combatif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>-0,395</b>	<b>0,176</b>	<b>-2,245*</b>
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	<b>0,265</b>	<b>0,161</b>	<b>1,646<sup>+</sup></b>	<b>0,269</b>	<b>0,146</b>	<b>1,842*</b>
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	<b>0,512</b>	<b>0,226</b>	<b>2,268*</b>	--	--	--
Soutien négatif <sub>pat</sub>	<b>-0,376</b>	<b>0,121</b>	<b>-3,107**</b>	--	--	--
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>-0,383</b>	<b>0,140</b>	<b>-2,741**</b>	--	--	--
Dépression <sub>pat</sub>	<b>-0,358</b>	<b>0,122</b>	<b>-2,923**</b>	--	--	--

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; <sup>+</sup>p<0,07

Tableau 48 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur l'esprit combatif en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	<b>0,461</b>	<b>0,271</b>	<b>1,703*</b>
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	<b>0,299</b>	<b>0,192</b>	<b>1,554<sup>+</sup></b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>-0,655</b>	<b>0,161</b>	<b>-4,066***</b>

\*p<0,05 ; \*\*\*p<0,001 ; <sup>+</sup>p<0,07

#### 4.2.4.2. Effets partenaires

Les effets partenaires sont au nombre de quatre. Les patientes adoptent préférentiellement une stratégie d'esprit combatif en T<sub>4</sub> lorsque les partenaires perçoivent une moindre disponibilité du soutien social, lorsqu'ils rapportent des scores élevés de symptomatologie dépressive et lorsqu'ils reçoivent peu de soutien négatif en T<sub>1</sub>. Mais si les conjoints se plaignent de recevoir du soutien négatif en T<sub>4</sub>, alors les patientes adoptent un esprit combatif en T<sub>6</sub>.

Ces résultats sont présentés dans les tableaux 49 et 50.

Tableau 49 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur l'esprit combatif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Disponibilité soutien <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	<b>-0,321</b>	<b>0,181</b>	<b>-1,771*</b>	--	--	--
Soutien négatif <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	<b>-0,237</b>	<b>0,131</b>	<b>-1,806*</b>	--	--	--
Dépression <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	<b>0,203</b>	<b>0,131</b>	<b>1,555<sup>+</sup></b>	--	--	--

\*p<0,05 ; <sup>+</sup>p<0,07

Tableau 50 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur l'esprit combatif en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Soutien négatif <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	<b>0,335</b>	<b>0,188</b>	<b>1,783*</b>

\*p<0,05

#### 4.2.5. L'impuissance/désespoir

##### 4.2.5.1. Effets acteurs

Lorsque les patientes rapportent un mauvais ajustement dyadique dans leur couple en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, elles présentent des scores élevés d'impuissance/désespoir en T<sub>6</sub>. Plus les patientes rapportent des scores élevés de symptomatologie anxieuse en T<sub>1</sub> et de symptomatologie dépressive en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, plus leurs scores moyens d'impuissance/désespoir sont également élevés en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Une faible disponibilité en T<sub>1</sub> ainsi qu'une insatisfaction en T<sub>4</sub> du soutien reçu prédisent une impuissance/désespoir importante, respectivement en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. Enfin, recevoir du soutien négatif en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub> prédit également des scores élevés sur cette sous-échelle de la MAC en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Ces résultats sont rapportés dans les tableaux 51 et 52.

Tableau 51 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur l'impuissance/désespoir en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>-0,277</b>	<b>0,174</b>	<b>-1,595<sup>+</sup></b>
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	<b>-0,340</b>	<b>0,151</b>	<b>-2,250*</b>	--	--	--
Soutien négatif <sub>pat</sub>	<b>0,307</b>	<b>0,136</b>	<b>2,261*</b>	<b>0,239</b>	<b>0,149</b>	<b>1,607<sup>+</sup></b>
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,346</b>	<b>0,134</b>	<b>2,584**</b>	<b>0,248</b>	<b>0,154</b>	<b>1,608<sup>+</sup></b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,484</b>	<b>0,114</b>	<b>4,237***</b>	<b>0,362</b>	<b>0,150</b>	<b>2,408*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

Tableau 52 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur l'impuissance/désespoir en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	<b>-0,616</b>	<b>0,245</b>	<b>-2,513**</b>
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	<b>-0,410</b>	<b>0,176</b>	<b>-2,330*</b>
Soutien négatif <sub>pat</sub>	<b>0,360</b>	<b>0,165</b>	<b>2,174*</b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,580</b>	<b>0,161</b>	<b>3,612***</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

#### 4.2.5.2. Effets partenaires

Un seul effet partenaire a été retrouvé dans nos analyses (Tableau 53) : plus les partenaires reçoivent de soutien négatif en T<sub>1</sub>, plus leur compagne a des scores élevés d'impuissance/désespoir en T<sub>4</sub>.

Tableau 53 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur l'impuissance/désespoir en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Soutien négatif <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	<b>0,256</b>	<b>0,147</b>	<b>1,739*</b>	--	--	--

\*p<0,05

#### 4.2.6. Les préoccupations anxieuses

##### 4.2.6.1. Effets acteurs

Suite aux analyses effectuées sur cette variable, seuls le soutien social et la détresse émotionnelle semblent avoir un effet acteur (Tableaux 54 et 55).

En effet, plus les patientes rapportent des scores de symptomatologie anxieuse et dépressive élevés en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, plus leurs scores moyens de préoccupations anxieuses sont élevés en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Et moins les patientes rapportent de disponibilité du soutien social et plus elles reçoivent de soutien matériel et distractif en T<sub>1</sub>, plus elles rapportent de préoccupations anxieuses respectivement en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. Plus elles reçoivent de soutien négatif en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub> et plus elles présentent de préoccupations anxieuses aux temps T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Tableau 54 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur les préoccupations anxieuses en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	<b>-0,276</b>	<b>0,156</b>	<b>-1,769*</b>	--	--	--
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>0,428</b>	<b>0,198</b>	<b>2,158*</b>
Soutien négatif <sub>pat</sub>	<b>0,479</b>	<b>0,126</b>	<b>3,804***</b>	<b>0,510</b>	<b>0,136</b>	<b>3,743***</b>
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,618</b>	<b>0,115</b>	<b>5,394***</b>	<b>0,525</b>	<b>0,137</b>	<b>3,834***</b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,401</b>	<b>0,116</b>	<b>3,448***</b>	<b>0,349</b>	<b>0,153</b>	<b>2,282*</b>

\*p<0,05 ; \*\*\*p<0,001

Tableau 55 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur les préoccupations anxieuses en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Soutien négatif <sub>pat</sub>	<b>0,375</b>	<b>0,151</b>	<b>2,486**</b>
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,745</b>	<b>0,158</b>	<b>4,717***</b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,387</b>	<b>0,155</b>	<b>2,499**</b>

\*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

#### 4.2.6.2. Effets partenaires

En ce qui concerne les effets partenaires, plus les conjoints ont des scores élevés de contrôle émotionnel et de disponibilité du soutien social en T<sub>1</sub>, plus les patientes rapportent de préoccupations anxieuses en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Le tableau 56 présente ces effets partenaires.

Tableau 56 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur les préoccupations anxieuses en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	<b>0,349</b>	<b>0,159</b>	<b>2,197*</b>	<b>0,504</b>	<b>0,151</b>	<b>3,330**</b>
Disponibilité soutien <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	<b>0,302</b>	<b>0,176</b>	<b>1,714*</b>	<b>0,326</b>	<b>0,210</b>	<b>1,550<sup>+</sup></b>

\*\*p<0,01 ; \*p<0,05 ; <sup>+</sup>p<0,07

#### 4.2.7. L'évitement cognitif

##### 4.2.7.1. Effets acteurs

Seuls la symptomatologie anxieuse et le soutien social ressortent de nos analyses comme prédicteurs de la sous-échelle « évitement » de la MAC (Tableaux 57 et 58).

En effet, plus les patientes rapportent une symptomatologie anxieuse importante en T<sub>1</sub>, plus leurs scores moyens d'évitement cognitif sont élevés en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Et moins les patientes reçoivent de soutien matériel en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, plus elles évitent de penser à tout ce qui touche au cancer, respectivement un mois et six mois après la fin du traitement adjuvant. De même, moins elles reçoivent de soutien émotionnel en T<sub>4</sub>, plus

elles rapportent des scores élevés d'évitement en T<sub>6</sub>. Enfin, plus les patientes reçoivent de soutien négatif en T<sub>1</sub>, plus elles sont dans l'évitement en T<sub>4</sub>.

Tableau 57 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur l'évitement en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	<b>-0,321</b>	<b>0,179</b>	<b>-1,798*</b>	--	--	--
Soutien négatif <sub>pat</sub>	<b>0,274</b>	<b>0,136</b>	<b>2,015*</b>	--	--	--
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,320</b>	<b>0,131</b>	<b>2,452**</b>	<b>0,323</b>	<b>0,145</b>	<b>2,233*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01

Tableau 58 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur l'évitement en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	<b>-0,272</b>	<b>0,163</b>	<b>-1,672<sup>+</sup></b>
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	<b>-0,323</b>	<b>0,177</b>	<b>-1,828*</b>

\*p<0,05 ; <sup>+</sup>p<0,07

#### 4.2.7.2. Effets partenaires

Les effets partenaires sont au nombre de quatre :

Un score élevé de soutien matériel pour les conjoints en T<sub>1</sub> prédit un score élevé d'évitement pour leur compagne en T<sub>4</sub>. Les patientes rapportent des scores élevés d'évitement en T<sub>6</sub> lorsque leur conjoint contrôle ses émotions en T<sub>1</sub>, est insatisfait du soutien reçu en T<sub>1</sub> et reçoit peu de soutien informatif en T<sub>4</sub>.

Ces résultats sont présentés dans les tableaux 59 et 60.

Tableau 59 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur l'évitement en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>0,385</b>	<b>0,182</b>	<b>2,113*</b>
Satisfaction soutien <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>-0,212</b>	<b>0,140</b>	<b>-1,516<sup>+</sup></b>
Soutien matériel/dis <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	<b>0,414</b>	<b>0,160</b>	<b>2,587**</b>	--	--	--

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; <sup>+</sup>p<0,07

Tableau 60 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur l'évitement en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Soutien informatif <sub>part</sub> → évit <sub>pat</sub>	<b>-0,263</b>	<b>0,147</b>	<b>-1,792*</b>

\*p<0,05

#### 4.2.8. La dénégation

##### 4.2.8.1. Effets acteurs

Les patientes adoptent une stratégie de dénégation en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>, lorsqu'elles ont des scores élevés de contrôle émotionnel et lorsqu'elles reçoivent peu de soutien matériel en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub> (Tableaux 61 et 62).

Tableau 61 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur la dénégation en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	<b>0,265</b>	<b>0,150</b>	<b>1,768*</b>	<b>0,276</b>	<b>0,164</b>	<b>1,682<sup>+</sup></b>
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	<b>-0,323</b>	<b>0,196</b>	<b>-1,650<sup>+</sup></b>	<b>-0,282</b>	<b>0,186</b>	<b>-1,517<sup>+</sup></b>

\*p<0,05 ; <sup>+</sup>p<0,07

Tableau 62 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur la dénégation en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	<b>-0,443</b>	<b>0,182</b>	<b>-2,435*</b>

\*p<0,05

#### 4.2.8.2. Effets partenaires

Plus les partenaires rapportent des scores moyens élevés de symptomatologie dépressive en T<sub>1</sub>, plus les patientes adoptent une stratégie de dénégation en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. Lorsque les conjoints ne sont pas satisfaits du soutien reçu et lorsqu'ils reçoivent peu de soutien informatif en T<sub>1</sub>, leur compagne présente des scores élevés de dénégation respectivement en T<sub>6</sub>, et en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. Ces résultats sont présentés dans le tableau 63.

Tableau 63 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur la dénégation en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Satisfaction soutien <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>-0,242</b>	<b>0,120</b>	<b>-2,013*</b>
Soutien informatif <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	<b>-0,330</b>	<b>0,136</b>	<b>-2,417**</b>	<b>-0,242</b>	<b>0,137</b>	<b>-1,769*</b>
Dépression <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	<b>0,224</b>	<b>0,128</b>	<b>1,744*</b>	<b>0,233</b>	<b>0,133</b>	<b>1,751*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01

### 4.3. Discussion relative à l'hypothèse 4

Après avoir étudié les prédicteurs de l'ajustement émotionnel et de la qualité de vie des patientes et des partenaires, nous avons mené de nouvelles analyses dyadiques pour tenter de déterminer les prédicteurs du coping et notamment l'influence du soutien social. Nos analyses mettent en évidence de nombreuses relations que nous allons tenter de mieux comprendre. Toutefois, il sera difficile de comparer ces résultats à d'autres travaux étant donné que les recherches portant sur les prédicteurs du coping ou sur la nature transactionnelle de ce concept dans le contexte du cancer sont extrêmement rares.

#### 4.3.1. Impact du contrôle émotionnel sur le coping

Nos résultats concernant le contrôle émotionnel montrent que plus les patientes expriment leurs émotions, plus elles adoptent les trois types de stratégies de coping général. Exprimer leurs émotions aiderait donc les patientes à mettre en place des stratégies de coping quelles qu'elles soient.

De plus, de faibles scores de contrôle émotionnel chez les patientes sont associés à des scores élevés d'esprit combatif, bénéfique à l'ajustement émotionnel des patientes.

Et plus les patientes contrôlent leurs émotions, plus elles ont recours à la déniégation en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Rapportons également que plus les patientes contrôlent leurs émotions, plus les conjoints recherchent du soutien social, cela certainement pour compenser le manque de communication avec leur compagne ou pour encourager celles-ci à communiquer davantage. Rappelons que lorsque les partenaires recherchent du soutien social, cela est bénéfique à leur conjointe (meilleure qualité de vie physique et moindre détresse émotionnelle).

Si l'on s'intéresse maintenant à la non expression des émotions des partenaires, des scores élevés de contrôle émotionnel chez ces derniers entraînent des scores élevés de coping centré sur l'émotion pour eux-mêmes et leur compagne, et des scores élevés de préoccupations anxieuses et d'évitement pour les patientes. Or, nous avons vu précédemment que deux de ces stratégies étaient plutôt délétères pour l'ajustement émotionnel, la dernière n'ayant pas démontré de lien avec l'ajustement.

Ces résultats sur le lien entre contrôle émotionnel et coping confirment l'intérêt de promouvoir l'expression émotionnelle.

#### 4.3.2. Impact de l'ajustement dyadique sur le coping

Nous avons aussi intégré à nos analyses l'ajustement dyadique. Il semble peu influencer le coping : seulement trois résultats sont significatifs.

Des scores élevés d'ajustement dyadique chez les patientes prédisent des scores élevés d'esprit combatif et des scores faibles d'impuissance/désespoir. Il est donc important pour les patientes de percevoir une harmonie dans leur couple.

Selon notre troisième résultat, il semblerait que les patientes aient plus recours au coping centré sur le problème lorsque les partenaires rapportent des scores faibles d'ajustement dyadique, comme si elles se concentraient sur ce problème qu'est la maladie et évitaient les problèmes liés à leur couple.

### 4.3.3. Impact du soutien social sur le coping

Nos analyses avaient aussi pour but de mieux comprendre les liens entre soutien social et coping. Elles ont donné de nombreux résultats.

#### 4.3.3.1. Impact du soutien social général sur le coping

##### 4.3.3.1.1. *Impact de la disponibilité du soutien social sur le coping*

En ce qui concerne le soutien général évalué avec le SSQ-6 (Rasclé et al., 1997), il apparaît que des scores élevés de disponibilité du soutien social facilitent l'adoption de tous les types de coping général pour les partenaires, les aidant à gérer cette situation difficile. Des scores élevés de disponibilité du soutien social prédisent également le recours à la recherche de soutien social chez les deux membres du couple (effets acteurs et partenaires).

Les patientes qui rapportent une grande disponibilité du soutien social ont des scores élevés d'esprit combatif et des scores faibles d'impuissance/désespoir et de préoccupations anxieuses.

Il paraît donc essentiel que les deux membres du couple se sentent entourés.

Toutefois, deux effets partenaires attirent notre attention : les patientes rapportent des scores élevés d'esprit combatif et faibles de préoccupations anxieuses lorsque les partenaires rapportent une faible disponibilité du soutien social. Une moindre disponibilité du soutien social ne signifie pas pour autant que le soutien n'est pas adéquat. Il est reconnu que la qualité du soutien est essentielle : être soutenu de façon adéquate par une seule personne peut être plus efficace que de pouvoir compter sur de nombreuses personnes mais qui n'apporteront pas le soutien attendu (Cohen et Mc Kay, 1984). Une autre explication est possible en lisant ce résultat dans l'autre sens. Plus la disponibilité du soutien social rapportée par les partenaires est élevée, moins les patientes ont recours à l'esprit combatif, et plus elles rapportent de préoccupations anxieuses. Il est aussi possible qu'elles vivent difficilement l'attention qui est portée à leur conjoint, d'autant plus si elles-mêmes rapportent un réseau peu dense.

#### 4.3.3.1.2. *Impact de la satisfaction du soutien social sur le coping*

Les résultats intégrant la satisfaction du soutien social sont à distinguer en fonction du statut des sujets (patiente ou partenaire).

Plus les patientes sont satisfaites du soutien reçu, plus elles rapportent des scores élevés de coping centré sur le problème, d'esprit combatif et de recherche de soutien social, et des scores faibles d'impuissance/désespoir ; et plus les partenaires adoptent un coping centré sur l'émotion en T<sub>4</sub>, stratégie dysfonctionnelle puisqu'elle entraîne une détresse émotionnelle importante.

En revanche, lorsque les partenaires sont satisfaits du soutien reçu, ils ont recours au coping centré sur le problème, ce qui les protège des états anxio-dépressifs, mais entraîne une détresse émotionnelle importante chez les patientes. Des niveaux élevés de satisfaction du soutien social en T<sub>1</sub> chez les partenaires prédisent un moindre recours pour les patientes à l'évitement et à la dénégation en T<sub>6</sub>, stratégies reconnues comme dysfonctionnelles. Pourtant, dans la présente étude, l'évitement en T<sub>4</sub> ne prédit ni la détresse ni la qualité de vie, mais la dénégation en T<sub>4</sub> serait bénéfique, tout du moins pour un temps, à la qualité de vie physique des patientes et à l'ajustement émotionnel des conjoints. Nous ne savons pas si ces stratégies évaluées en T<sub>6</sub> prédiraient des critères évalués après le sixième temps de notre étude.

Nos résultats sur le lien entre soutien social général et coping centré sur le problème confirment ceux de Holland et Holahan (2003). Plus récemment, Cousson-Gélie et al. (2009) ont calculé des corrélations entre les scores de satisfaction du soutien social de patientes traitées pour un cancer du sein et ceux de stratégies de coping spécifiques. Les patientes qui se disent satisfaites du soutien reçu utilisent davantage la stratégie d'esprit combatif et rapportent des scores faibles d'impuissance/désespoir. Selon ces auteurs, un soutien social perçu comme satisfaisant prédisposerait à l'utilisation de stratégies de coping jugées comme plutôt fonctionnelles dans la littérature.

La satisfaction du soutien social semble donc bénéfique aux sujets qui l'éprouvent (effet acteur), mais pas toujours à leur conjoint(e) (effet partenaire).

#### 4.3.3.2. Impact du soutien social spécifique sur le coping

##### 4.3.3.2.1. *Impact du soutien émotionnel sur le coping*

Le soutien émotionnel paraît lié à des stratégies fonctionnelles. Ainsi, lorsque les patientes reçoivent du soutien émotionnel, elles ont plutôt recours à des stratégies de coping centré sur le problème. De leur côté, les conjoints qui ont des scores élevés de soutien émotionnel rapportent aussi des scores élevés de coping centré sur le problème en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> et de recherche de soutien social en T<sub>4</sub>. Ce type de soutien semble donc encourager les deux membres du couple à affronter la maladie et à s'ouvrir aux autres. Mais si les conjoints qui reçoivent du soutien émotionnel recherchent du soutien social en T<sub>4</sub>, ils n'en recherchent plus en T<sub>6</sub>, cela parce qu'ils ont peut-être été déçus du soutien obtenu après la fin du traitement ou, à l'inverse, car le soutien a été bénéfique mais qu'il n'en ont plus besoin cinq mois plus tard.

##### 4.3.3.2.2. *Impact du soutien matériel et distractif sur le coping*

Le soutien matériel et distractif est aussi lié au coping. Plus les patientes reçoivent de soutien matériel et distractif, plus elles adoptent un coping centré sur la recherche de soutien social et plus les deux membres du couple adoptent un coping centré sur le problème. Des scores élevés de soutien matériel et distractif prédisent des scores faibles d'évitement et de dénégation en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> pour les patientes, mais des scores élevés de préoccupations anxieuses en T<sub>6</sub>. Le lien entre un soutien social élevé et un moindre recours à l'évitement a aussi été démontré par Bigatti et al. (*sous presse*).

Ce type de soutien entraîne donc le recours à des stratégies qui montrent la pleine conscience que les patientes ont de leur pathologie. Il est plutôt lié à des stratégies fonctionnelles, mais entraîne des préoccupations anxieuses, peut-être car cette conscience de la maladie devient intolérable à long terme.

Un effet partenaire ressort aussi de nos analyses : plus les partenaires reçoivent du soutien matériel et distractif, plus les patientes ont recours à l'évitement un mois après la fin du traitement adjuvant. Peut-être cette relation est-elle inverse... les patientes ont peut-être déjà recours à l'évitement, elles s'occupent pour ne pas penser à la maladie, sortent avec leur entourage, et font peut-être les tâches quotidiennes à la maison

toujours pour fuir leur maladie. Ainsi, les maris reçoivent de la part de leur femme du soutien matériel et distrayant.

#### 4.3.3.2.3. *Impact du soutien informatif sur le coping*

Le soutien informatif donne des résultats contradictoires selon les différents temps de l'étude et le statut des sujets. Ainsi, moins les patientes reçoivent d'information sur la maladie ou les traitements en T<sub>1</sub>, plus elles ont recours au coping centré sur le problème – comme pour compenser ce manque d'information – et moins elles adoptent un coping centré sur l'émotion. Cela s'inverse ensuite : plus les patientes reçoivent de soutien informatif en T<sub>4</sub>, plus elles adoptent un coping centré sur le problème et sur la recherche de soutien social. Il semblerait donc bénéfique pour les patientes de leur donner peu d'information sur la maladie et les traitements au début des traitements, car cela les aide à mettre en place des stratégies fonctionnelles, et de leur fournir ensuite un soutien informatif régulier après le premier traitement adjuvant.

Le soutien informatif apporté aux patientes influence aussi les stratégies de coping de leur conjoint : plus elles reçoivent d'information tout au long de l'étude, plus leur partenaire recherche de son côté du soutien social. Et plus ces derniers reçoivent du soutien informatif, plus ils recherchent du soutien social. Or, nos précédents résultats ont montré que la recherche de soutien social n'est pas une stratégie fonctionnelle pour les conjoints car elle est liée à des scores élevés de détresse émotionnelle, les attentes des conjoints n'étant peut-être pas satisfaites.

Enfin, le soutien informatif reçu par les conjoints a un impact sur les stratégies adoptées par les patientes. Plus les partenaires reçoivent de soutien informatif, plus les patientes adoptent un coping centré sur le problème en T<sub>4</sub> (stratégie fonctionnelle pour les deux membres du couple) et moins elles ont recours à la déniation (stratégie liée à une bonne qualité de vie chez les patientes, et à une moindre détresse émotionnelle pour les conjoints) et à l'évitement. Il est donc difficile de se prononcer sur l'apport de ce type de soutien dans l'adoption de stratégies de coping fonctionnelles ou non. Peut-être les professionnels de santé devraient-ils adopter le principe de précaution en respectant les besoins d'information des patientes et des partenaires. Miller et Mangan démontraient déjà en 1983, auprès de patientes en attente d'un examen gynécologique, qu'il est important de respecter les besoins d'information des individus.

#### 4.3.3.2.4. *Impact du soutien négatif sur le coping*

La dernière dimension du soutien social spécifique est le soutien négatif.

Plus les patientes se plaignent de recevoir du soutien négatif, plus elles adoptent un coping centré sur l'émotion et plus leurs scores d'impuissance/désespoir, de préoccupations anxieuses et d'évitement sont élevés. Manne et al. (2003) se sont intéressés à la relation entre le soutien social et les stratégies de coping des patientes. Leur étude a permis de démontrer que les patientes qui reçoivent peu de soutien social et dont le conjoint adopte un comportement non-soutenant rapportent des scores élevés d'évitement. Notre étude permet de montrer que le soutien négatif est associé à d'autres stratégies reconnues comme dysfonctionnelles.

Le lien avec l'esprit combatif est moins clair :

- plus les patientes reçoivent du soutien négatif en T<sub>1</sub>, moins elles ont recours à l'esprit combatif en T<sub>4</sub>, comme si elles se laissaient abattre par ce soutien négatif. De plus, ce soutien négatif est apporté à un moment critique et angoissant qu'est le début des traitements adjuvants.

- en revanche, des scores élevés de soutien négatif en T<sub>4</sub> prédisent des scores élevés d'esprit combatif en T<sub>6</sub>. Les patientes se ressaisissent peut-être et ne se laissent plus influencer par le soutien maladroit ou négatif d'autrui car elles maîtrisent mieux les informations relatives à la maladie et aux traitements.

Concernant les partenaires, plus ils reçoivent de soutien négatif, moins ils recherchent de soutien social, ce qui semble tout à fait cohérent.

Le soutien qu'ils reçoivent influence aussi le coping des patientes : plus ils reçoivent de soutien négatif, plus les patientes ont des scores élevés d'impuissance/désespoir et des scores faibles d'esprit combatif.

Il est donc très clair que le soutien négatif influence l'adoption de stratégies dysfonctionnelles.

#### 4.3.4. *Impact de la détresse émotionnelle sur le coping*

Enfin, au travers de nouvelles analyses, nous nous sommes attachée à étudier le lien entre détresse émotionnelle et coping. Nos résultats nous montrent l'intérêt de différencier la symptomatologie anxieuse de la symptomatologie dépressive.

Chez les patientes, symptomatologies anxieuse et dépressive prédisent l'adoption de stratégies dysfonctionnelles (coping centré sur l'émotion, impuissance/désespoir, préoccupations anxieuses) et un moindre recours à l'esprit combatif. Il convient toutefois de rappeler que les outils permettant d'évaluer la détresse émotionnelle et certaines stratégies de coping « émotionnelles » sont assez proches (Nordin et al., 1999 ; Cayrou et al., 2001 ; Jadouille et al., 2006) et que cela constitue un biais à ces résultats.

En revanche, des scores élevés d'anxiété en T<sub>1</sub> prédisent l'adoption d'un coping centré sur le problème un mois après la fin des traitements, stratégie fonctionnelle pour les patientes. L'anxiété prédit également de façon positive le recours à l'évitement. Carver et al. (1993) avaient, eux aussi, obtenu un lien entre une détresse post-opératoire élevée et le recours à des stratégies dysfonctionnelles comme le déni et l'évitement.

Concernant la recherche de soutien social, les patientes qui rapportent des scores élevés d'anxiété en T<sub>1</sub> recherchent davantage de soutien social en T<sub>4</sub>. De nombreux travaux ont décrit le besoin de partager ses émotions lorsque l'on est confronté à des événements de vie difficiles (Rimé, 2005). Les patientes qui rapportent des scores élevés de symptomatologie dépressive en T<sub>1</sub>, se replient davantage sur elles-mêmes en T<sub>6</sub>.

Chez les partenaires, des scores élevés de symptomatologie dépressive sont associés à des scores élevés de coping centré sur l'émotion et faibles de coping centré sur le problème. Le coping centré sur l'émotion est également prédit par une symptomatologie anxieuse importante. De plus, les partenaires adoptent un coping centré sur le problème lorsque leur compagne se dit anxieuse.

La détresse émotionnelle des partenaires influence aussi fortement les stratégies de coping adoptées par les patientes. Ainsi, lorsque les partenaires rapportent des scores faibles de symptomatologies anxieuse et dépressive, les patientes ont-elles davantage recours à la recherche de soutien social. Il est probable qu'elles aient plus de facilités à rechercher du soutien auprès de leur conjoint s'il ne semble pas trop affecté émotionnellement.

Mais si les partenaires rapportent des scores élevés de symptomatologie dépressive, alors les patientes ont recours à l'esprit combatif et à la dénégation. Les patientes n'ont peut-être pas d'autre choix, face à la détresse de leur compagnon, que de faire comme si la maladie n'existait pas, ou encore de combattre seule.

# CHAPITRE 5. ETUDE DYADIQUE DU SOUTIEN SOCIAL SPECIFIQUE AUPRES DE COUPLES CONFRONTES AU CANCER DU SEIN

## 5.1. Rappel de l'hypothèse 5

Certaines caractéristiques individuelles de chacun des membres du couple ont une influence sur leurs scores de soutien social respectifs (Patiente → Patiente ; Conjoint → Conjoint ; Conjoint → Patiente ; Patiente → Conjoint).

Le contrôle émotionnel et la détresse émotionnelle ont des effets positifs sur le soutien négatif et des effets négatifs sur les autres types de soutien (émotionnel, matériel et distractif, et informatif) ; tandis que l'ajustement dyadique a des effets négatifs sur le soutien négatif et des effets positifs sur les soutiens émotionnel, matériel et distractif et informatif.

## 5.2. Résultats relatifs à l'hypothèse 5

### 5.2.1. Le soutien émotionnel

#### 5.2.1.1. Effets acteurs

Voici les effets qui ressortent de nos analyses dyadiques (présentées dans les tableaux 64 et 65).

Les patientes rapportent des scores élevés de soutien émotionnel un mois après la fin du premier traitement lorsqu'elles ont des scores faibles de contrôle émotionnel et de symptomatologie dépressive, et qu'elles rapportent un bon ajustement dyadique dans leur couple en T<sub>1</sub>.

En ce qui concerne les conjoints, plus ils rapportent des scores élevés d'ajustement dyadique en T<sub>1</sub>, plus ils reçoivent de soutien émotionnel en T<sub>4</sub>. En revanche, des scores élevés de symptomatologie dépressive en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub> sont associés à des scores faibles de soutien émotionnel en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Tableau 64: Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le soutien émotionnel en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	<b>-0,213</b>	<b>0,134</b>	<b>-1,588<sup>+</sup></b>	--	--	--
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	<b>0,367</b>	<b>0,138</b>	<b>2,652**</b>	--	--	--
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	<b>0,414</b>	<b>0,202</b>	<b>2,054*</b>	--	--	--
Dépression <sub>pat</sub>	<b>-0,172</b>	<b>0,114</b>	<b>-1,513<sup>+</sup></b>	--	--	--
Dépression <sub>part</sub>	<b>-0,371</b>	<b>0,122</b>	<b>-3,033**</b>	<b>-0,262</b>	<b>0,125</b>	<b>-2,099*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; <sup>+</sup>p<0,07

Tableau 65 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur le soutien émotionnel en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Dépression <sub>part</sub>	<b>-0,232</b>	<b>0,159</b>	<b>-1,457<sup>+</sup></b>

<sup>+</sup>p<0,07

### 5.2.1.2. Effets partenaires

Quatre effets partenaires sont ressortis de nos analyses (Tableau 66).

Lorsque les conjoints rapportent des niveaux élevés de symptomatologie anxieuse en T<sub>1</sub>, les patientes reçoivent moins de soutien émotionnel en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. De même, des scores moyens élevés de symptomatologie dépressive chez les conjoints en T<sub>1</sub> prédisent un faible soutien émotionnel pour les patientes en T<sub>4</sub>.

De leur côté, les partenaires reçoivent plus de soutien émotionnel en T<sub>6</sub> lorsque les patientes contrôlent leurs émotions.

Tableau 66 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le soutien émotionnel en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub> → ssemo <sub>part</sub>	--	--	--	<b>0,404</b>	<b>0,161</b>	<b>2,505**</b>
Anxiété <sub>part</sub> → ssemo <sub>pat</sub>	<b>-0,369</b>	<b>0,131</b>	<b>-2,808**</b>	<b>-0,318</b>	<b>0,172</b>	<b>-1,843*</b>
Dépression <sub>part</sub> → ssemo <sub>pat</sub>	<b>-0,278</b>	<b>0,125</b>	<b>-2,218*</b>	--	--	--

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01

## 5.2.2. Le soutien matériel et distractif

### 5.2.2.1. Effets acteurs

Les patientes qui rapportent des scores élevés d'ajustement dyadique en début de traitement reçoivent un soutien matériel et distractif important en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Pour ce qui est des conjoints, les effets acteurs sont plus nombreux. Ces derniers reçoivent du soutien matériel et distractif en T<sub>4</sub> lorsqu'ils ont des scores faibles de contrôle émotionnel en T<sub>1</sub>. En revanche, des scores moyens élevés de symptomatologie anxieuse et dépressive en T<sub>1</sub> prédisent des scores faibles de soutien matériel et distractif en T<sub>4</sub>. Enfin, les partenaires qui rapportent des scores élevés d'ajustement dyadique en T<sub>1</sub> reçoivent un soutien matériel et distractif important en T<sub>6</sub>.

Ces résultats sont présentés dans le tableau 67.

Tableau 67 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le soutien matériel et distractif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>part</sub>	<b>-0,344</b>	<b>0,163</b>	<b>-2,108*</b>	--	--	--
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	<b>0,295</b>	<b>0,131</b>	<b>2,259*</b>	<b>0,241</b>	<b>0,138</b>	<b>1,740*</b>
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	--	--	--	<b>0,300</b>	<b>0,194</b>	<b>1,546<sup>+</sup></b>
Anxiété <sub>part</sub>	<b>-0,251</b>	<b>0,148</b>	<b>-1,697*</b>	--	--	--
Dépression <sub>part</sub>	<b>-0,224</b>	<b>0,132</b>	<b>-1,704*</b>	--	--	--

\*p<0,05 ; <sup>+</sup>p<0,07

### 5.2.2.2. Effets partenaires

Seuls deux effets partenaires ressortent de nos analyses (Tableaux 68 et 69).

Plus les partenaires rapportent des scores moyens élevés de symptomatologie anxieuse en T<sub>1</sub>, moins les patientes reçoivent de soutien matériel et distractif en T<sub>4</sub>. En revanche, si les partenaires rapportent des scores élevés d'ajustement dyadique en T<sub>4</sub>, alors les patientes reçoivent du soutien matériel et distractif en T<sub>6</sub>.

Tableau 68: Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le soutien matériel et distractif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Anxiété <sub>part</sub> → ssmat <sub>pat</sub>	<b>-0,303</b>	<b>0,134</b>	<b>-2,266*</b>	--	--	--

\*p<0,05

Tableau 69: Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur le soutien matériel et distractif en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → ssmat <sub>pat</sub>	<b>0,419</b>	<b>0,254</b>	<b>1,649<sup>+</sup></b>

<sup>+</sup>p<0,07

### 5.2.3. Le soutien informatif

#### 5.2.3.1. Effets acteurs

Les analyses dyadiques montrent que, parmi les variables testées, seule la symptomatologie dépressive a une influence sur le soutien informatif (Tableau 70). Plus les patientes rapportent des scores élevés de symptomatologie dépressive en T<sub>1</sub>, moins elles reçoivent de soutien informatif en T<sub>6</sub>. De même, plus les partenaires rapportent une symptomatologie dépressive élevée en T<sub>1</sub>, moins ils reçoivent de soutien informatif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

Tableau 70 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le soutien informatif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Dépression <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>-0,342</b>	<b>0,141</b>	<b>-2,428**</b>
Dépression <sub>part</sub>	<b>-0,397</b>	<b>0,128</b>	<b>-3,106**</b>	<b>-0,405</b>	<b>0,147</b>	<b>-2,759**</b>

\*\*p<0,01

### 5.2.3.2. Effets partenaires

Un seul effet partenaire ressort de nos analyses (Tableau 71) : lorsque les conjoints rapportent des scores élevés de symptomatologie anxieuse en T<sub>1</sub>, les patientes reçoivent moins de soutien informatif en T<sub>6</sub>.

Tableau 71 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le soutien informatif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Anxiété <sub>part</sub> → ssinfo <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>-0,295</b>	<b>0,167</b>	<b>-1,762*</b>

\*p<0,05

### 5.2.4. Le soutien négatif

#### 5.2.4.1. Effets acteurs

Plus les patientes rapportent une symptomatologie anxieuse importante en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, plus elles reçoivent de soutien négatif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. Et des scores élevés de symptomatologie dépressive en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub> prédisent aussi des scores élevés de soutien négatif, respectivement en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>. En revanche, les patientes ont tendance à recevoir davantage de soutien négatif en T<sub>4</sub> lorsqu'elles rapportent des scores faibles d'ajustement dyadique en T<sub>1</sub>.

Concernant les partenaires, plus ils rapportent des symptomatologies anxieuse et dépressive importantes en T<sub>1</sub> et T<sub>4</sub>, plus ils reçoivent de soutien négatif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub>.

L'ensemble de ces résultats est présenté dans les tableaux 72 et 73.

Tableau 72 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le soutien négatif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	<b>-0,283</b>	<b>0,171</b>	<b>-1,652<sup>+</sup></b>	--	--	--
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,596</b>	<b>0,119</b>	<b>5,024***</b>	<b>0,394</b>	<b>0,142</b>	<b>2,770**</b>
Anxiété <sub>part</sub>	<b>0,255</b>	<b>0,164</b>	<b>1,551<sup>+</sup></b>	<b>0,669</b>	<b>0,167</b>	<b>3,994***</b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,409</b>	<b>0,121</b>	<b>3,393***</b>	--	--	--
Dépression <sub>part</sub>	--	--	--	<b>0,285</b>	<b>0,168</b>	<b>1,700*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

Tableau 73 : Résultats significatifs concernant l'influence de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur le soutien négatif en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,375</b>	<b>0,215</b>	<b>1,740*</b>
Anxiété <sub>part</sub>	<b>0,272</b>	<b>0,156</b>	<b>1,740*</b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,354</b>	<b>0,173</b>	<b>2,040*</b>
Dépression <sub>part</sub>	<b>0,403</b>	<b>0,172</b>	<b>2,340*</b>

\*p<0,05

#### 5.2.4.2. Effets partenaires

Nos résultats ne permettent de démontrer qu'un seul effet partenaire (Tableau 74) : lorsque les conjoints contrôlent leurs émotions, les patientes rapportent des scores élevés de soutien négatif en T<sub>6</sub>.

Tableau 74 : Résultats significatifs concernant l'influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le soutien négatif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → ssnég <sub>pat</sub>	--	--	--	<b>0,442</b>	<b>0,196</b>	<b>2,252*</b>

\*p<0,05

### 5.3. Discussion relative à l'hypothèse 5

Au travers de nouvelles analyses dyadiques, nous avons recherché quelles variables pouvaient expliquer les types de soutien spécifique reçu par les sujets ayant participé à cette étude.

#### 5.3.1. Impact du contrôle émotionnel sur le soutien social spécifique

La première variable intégrée à nos analyses est le contrôle émotionnel. Plus les patientes contrôlent leurs émotions, moins elles reçoivent de soutien émotionnel et, inversement, plus leur conjoint en reçoit. Il est effectivement compliqué de soutenir quelqu'un du point de vue émotionnel si cette personne n'exprime pas ses émotions (Figueiredo et al., 2004). Peut-être les personnes de l'entourage se replient-elles alors sur le conjoint.

Plus les partenaires contrôlent leurs émotions, moins ils reçoivent de soutien matériel, et plus les patientes reçoivent de soutien négatif.

Le contrôle émotionnel semble donc provoquer une fuite de l'entourage qui se tourne alors vers l'autre membre du couple, parfois de façon maladroite (soutien négatif).

#### 5.3.2. Impact de l'ajustement dyadique sur le soutien social spécifique

Nous avons ensuite étudié les liens entre ajustement dyadique et soutien social. Plus les patientes rapportent des scores élevés d'ajustement dyadique, plus elles reçoivent de soutien émotionnel, matériel et distractif, et moins elles se plaignent de recevoir du soutien négatif. En réalité, le simple fait de vivre en couple est associé à un soutien social important (Feather et Wainstock, 1989 ; Sammarco et Konecny, 2008).

De leur côté, plus les partenaires perçoivent un bon ajustement au sein de leur couple, plus ils reçoivent de soutien émotionnel, informatif, matériel et distractif, et plus leur compagne reçoit du soutien matériel et distractif.

L'ajustement dyadique a, sans nul doute, un impact positif sur le soutien que reçoivent les patientes et leur conjoint, soutien qu'ils se fournissent certainement l'un à l'autre.

### 5.3.3. Impact de la détresse émotionnelle sur le soutien social spécifique

Enfin, nous nous sommes intéressée à l'impact de la détresse émotionnelle sur l'évaluation que les patientes et partenaires font du soutien qu'ils reçoivent. Il ressort clairement que la détresse émotionnelle a un impact fortement négatif sur le soutien social reçu par les patientes et leur conjoint, ou tout du moins sur l'évaluation qu'ils en font.

Plus en détails, que ce soit pour les patientes ou les partenaires, une symptomatologie dépressive élevée entraîne des scores faibles de soutien émotionnel et informatif, et une détresse émotionnelle importante prédit des scores élevés de soutien négatif. Un faible soutien matériel est aussi prédit par des scores élevés de détresse émotionnelle chez les partenaires. Les études portant sur les femmes atteintes d'un cancer du sein vont également dans ce sens (Baider et al., 2003 ; Talley et al., 2010). En revanche, l'étude de Segrin et al. (2006), réalisée uniquement auprès de conjoints de patientes traitées pour un cancer du sein, a conduit à des résultats opposés aux nôtres. Les auteurs y démontrent que le réseau social apporte un meilleur soutien lorsque les partenaires sont en détresse.

En ce qui concerne l'impact de la détresse de l'un des membres du couple sur l'intensité du soutien social pour le second, seule la détresse des conjoints influence le soutien reçu par les patientes. Ainsi, plus les partenaires rapportent une symptomatologie anxieuse importante, plus les patientes se plaignent de recevoir peu de soutien matériel et informatif. Une détresse émotionnelle importante chez le partenaire entraîne des scores faibles de soutien émotionnel pour les patientes. Ces résultats paraissent cohérents si l'on considère que le conjoint est le principal aidant des patientes (Dunkel-Schetter, 1984 ; Libert et al., 2006) : la détresse qu'il ressent est un frein au soutien qu'il pourrait apporter à sa compagne. Brusilovskiy et al. (2009) ont étudié la perception que les patientes ont de l'ajustement de leur conjoint et son impact sur leur évaluation du soutien reçu. Cette relation est positive : plus elles perçoivent que leur conjoint a su s'adapter, plus elles rapportent des scores élevés de soutien social perçu. Et, inversement, plus elles perçoivent un mauvais ajustement chez leur partenaire, plus leurs scores de soutien social perçu sont faibles. Chacun des deux membres du couple est donc attentif à l'adaptation du second, ce qui influence son propre ajustement, mais aussi la perception de ses ressources sociales.

Il serait intéressant de savoir si la détresse émotionnelle a un impact sur le soutien effectivement reçu par les deux membres du couple (à savoir une fuite de la part d'autrui et des comportements de soutien négatif) ou bien si c'est l'évaluation des sujets qui est biaisée par les symptômes anxieux et dépressifs (Beck et Clarke, 1997 ; Hautekeete, 2004). Mais dans les deux cas, la détresse émotionnelle a un impact fortement négatif sur le soutien social, d'autant plus qu'un faible soutien social et des niveaux élevés de soutien négatif ont un impact négatif sur l'ajustement ultérieur des patientes et des conjoints. Le risque est donc d'entrer dans un cercle vicieux. La découverte de symptômes anxieux ou dépressifs devrait donc conduire les professionnels de santé à proposer aux patientes, ainsi qu'à leur conjoint, une prise en charge adaptée de ces symptômes.

## DISCUSSION GENERALE

Rappelons tout d'abord que l'objectif de notre étude était de mieux connaître l'évolution dans le temps de différentes variables liées à l'ajustement des couples au cancer du sein, et d'étudier le rôle des facteurs psychosociaux dans l'ajustement des deux membres du couple en fonction des étapes de la maladie, dans une perspective individuelle puis dyadique (influence du conjoint sur la patiente et de la patiente sur le conjoint).

Nous venons de voir que les résultats issus de ce travail d'envergure sont très nombreux. Certains viennent confirmer ceux de travaux antérieurs présentés dans notre revue de la littérature et d'autres apportent un nouvel éclairage sur l'ajustement des patientes et de leur conjoint aux niveaux intra- et interindividuel.

- **Groupes contrôle et homogénéité de notre population d'étude**

L'inclusion d'un groupe contrôle (femmes vivant seules) devait nous permettre de vérifier s'il existait un bénéfice à vivre seule ou accompagnée. Il est apparu que les femmes vivant seules avaient davantage tendance à contrôler leurs émotions et avaient moins recours au coping centré sur le problème et à la dénégation. Or, le contrôle émotionnel est apparu comme une variable totalement délétère pour l'ajustement à un cancer du sein. De plus, les stratégies de coping centré sur le problème et de dénégation se sont révélées être protectrices pour l'ajustement émotionnel et la qualité de vie. Néanmoins, l'ajustement émotionnel et somatique des patientes vivant seules est comparable à celui des patientes vivant en couple.

Nous avons également contrôlé les différences entre les patientes vivant en couple, ayant participé seules ou bien avec leur conjoint.

Il semblerait que les femmes ayant participé en couple expriment davantage leurs émotions et rapportent une meilleure qualité de vie mentale en milieu de traitement de chimiothérapie. Le fait qu'elles aient parlé à leur partenaire de l'étude et/ou qu'il ait accepté d'y participer témoigne d'un investissement de leur conjoint à leurs côtés, ce qui semble bénéfique en terme de qualité de vie mentale.

Il est évident que les couples qui constituent notre échantillon ont un profil particulier et que nos résultats ne sont pas complètement généralisables. Ils concernent surtout les couples dont le conjoint est ouvert et accepte d'être aux côtés de sa compagne dans cette épreuve.

Les patientes de notre échantillon ne sont pas homogènes d'un point de vue thérapeutique. Elles ont bénéficié de traitements chirurgicaux (chirurgie conservatrice, mastectomie) et adjuvants (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie) ou néo-adjuvants (chimiothérapie) différents et nos comparaisons de moyennes ont montré un impact différent sur les variables de l'étude selon les traitements reçus par les patientes.

Si le type de chirurgie n'influence absolument pas les variables retenues pour notre étude, ce n'est pas le cas des autres types de traitements. En effet, être traitée par chimiothérapie entraîne un stress perçu et une altération de la qualité de vie plus importants, mais un recours plus élevé à la recherche de soutien social et à l'esprit combatif et une plus grande satisfaction du soutien reçu. De plus, les femmes recevant une hormonothérapie ont davantage recours à l'esprit combatif, à l'évitement et à la recherche de soutien social. Et cela paraît efficace puisqu'elles rapportent des scores supérieurs de soutien social, comparées aux patientes ne recevant pas ce traitement. Enfin, le fait d'être traitées par Herceptin® influence les stratégies de coping utilisées par les patientes. Celles-ci ont moins recours à l'impuissance/désespoir et à la dénégation.

Nous ne pouvons donc pas considérer notre échantillon comme homogène, excepté sur deux variables, toutefois centrales dans notre étude : la détresse émotionnelle et l'ajustement dyadique.

- **Evolution des variables**

L'originalité de notre travail était de s'inscrire dans une continuité en intégrant des temps de mesure réguliers. Cela nous a tout d'abord permis d'observer l'évolution de nombreuses variables à la fois chez les patientes et chez les conjoints. Si cette partie de notre étude est essentiellement descriptive, les chercheurs ayant effectué ce type de

recherche sont plutôt rares, du fait même des contraintes associées à la mise en place de mesures répétées (coût temporel, taux élevé d'abandons).

Nos analyses ont permis de démontrer que le cancer du sein a un impact important et durable sur la détresse émotionnelle des couples, confirmant les résultats de nombreux auteurs (Glanz et Lerman, 1992 ; Omne-Pontén et al., 1993 ; Baider, 1995 ; Northouse et al., 1991 ; Sirgo et al., 2001 ; Zhao et al., 2001 ; Sehlen et al., 2003 ; Burgess et al., 2005 ; Wagner et al., 2006 ; Hodgkinson et al., 2007a ; Flahault et al., 2007 ; Hinnen et al., 2008). Chez les deux membres du couple, les niveaux d'anxiété restent élevés tout le long du suivi. Toutefois, nous avons pu constater que la phase des traitements est une période rassurante pour les patientes, tandis que la phase post thérapeutique se caractérise par des niveaux élevés d'anxiété témoignant d'un sentiment de vide (Daune, 1995 ; Pelusi, 1997 ; Allen et al., 2009) et d'une peur de la récurrence ou d'un sentiment d'incertitude face à l'avenir (Northouse, 1992 ; Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Pelusi, 1997 ; Arnold, 1999 ; Greimel et al., 2002 ; Kornblith et Ligibel, 2003 ; Rabin, 2003 ; Sehlen et al., 2003 ; Costanzo et al., 2007 ; Allen et al., 2009 ; Garofalo et al., 2009).

Pour les conjoints, la symptomatologie anxieuse reste stable et élevée à tous les temps de l'étude. La phase de traitement ne les rassure pas. Selon Lethborg et al. (2003), ils se sentent impuissants et vivent cette phase comme un traumatisme. Dans la période post-thérapeutique, ils seraient confrontés aux mêmes incertitudes que leur compagne (Lethborg et al., 2003 ; Harrow et al., 2008).

La symptomatologie dépressive reste, elle, stable tout au long du suivi, à des niveaux relativement bas, pour les patientes et les partenaires de notre échantillon. Toutefois, ceci peut résulter d'un biais de notre étude, les couples qui présentent des troubles dépressifs ne participant peut-être pas à notre recherche.

Nos analyses sur la qualité de vie montrent que les traitements affectent la qualité de vie mentale des deux membres du couple qui s'améliore ensuite tout en restant à des niveaux très faibles. La qualité de vie mentale des patientes et des partenaires de notre échantillon suit une évolution parallèle tout comme l'avaient déjà démontré Segrin et al. (2005).

Si la qualité de vie physique des conjoints reste élevée et stable tout au long du suivi, celle des patientes est bien sûr très altérée durant les premiers temps de l'étude, affectée par la chirurgie et les traitements adjuvants (Cowley et al., 2000 ; Arora et al., 2001 ;

Lee, 2001 ; Stead, 2003 ; Ganz et al., 2004 ; Deshields et al., 2005 ; Knopf et Sun, 2005 ; Lemieux et al., 2008 ; Vandebossche et al., 2009). Mais notre recherche permet de confirmer les résultats de Carter et Carter (1993) et Hoskins (1995a), à savoir que le temps de récupération des patientes est plutôt long : il faut attendre six mois après la fin des traitements pour observer une amélioration nette de la qualité de vie physique, qui reste malgré tout inférieure à celle de femmes en bonne santé (Mehnert et Koch, 2008).

Concernant l'ajustement dyadique, seul celui des patientes semble affecté par la maladie. Ces dernières rapportent une diminution du degré d'accord dans leur couple dès la fin des traitements. Ce résultat peut refléter ce décalage déjà décrit par d'autres auteurs, les conjoints souhaitant tourner la page tandis que leur compagne n'y parvient pas (Lethborg et al., 2003 ; Harrow et al., 2008 ; Fergus et Gray, 2009).

Nos mesures répétées permettent également de confirmer que le soutien reçu par les couples touchés par le cancer du sein diminue de façon progressive avec le temps, et cela pour le soutien social général (disponibilité et satisfaction du soutien social), mais aussi pour l'ensemble des sous-dimensions du soutien social spécifique (émotionnel, informatif, matériel et distrayant) (Neuling et Winefield, 1988 ; Northouse, 1988 ; Northouse et al., 1998 ; Segrin et al., 2006 ; Arora et al., 2007 ; Hartmann, 2007 ; Makabe et Nomizu, 2007 ; Lu et al., 2009 ; Den Oudsten et al., 2010). Il existerait donc une érosion du soutien social. Rimé (2005, p.131-132) rappelle que *« puisque le partage social est généralement une manifestation répétitive et que les répétitions du partage sont d'autant plus abondantes que l'épisode partagé a été intense en émotions, quand une personne a traversé un épisode négatif de haute intensité, ses proches peuvent être soumis à rude épreuve. Une telle situation entraîne souvent l'érosion de leur intérêt et débouche sur un refus d'écoute. »*

A noter tout de même que les patientes se plaignent de recevoir davantage de soutien négatif dans le mois suivant la fin du premier traitement adjuvant.

Nous avons vu plus haut que la qualité de vie physique des patientes reste altérée jusqu'à six mois après la fin du premier traitement adjuvant et qu'il serait approprié que le soutien social se maintienne jusque là. Il pourrait donc être opportun de proposer aux patientes des prises en charge de soutien psychologique durant cette période.

Les dernières analyses portent sur les stratégies de coping. Nous nous attendions à observer une fluctuation de ces stratégies du fait même de leur nature adaptative. Nos

résultats sont en réalité tout autres. Les stratégies de coping générales sont stables dans le temps pour les deux membres du couple. En ce qui concerne les stratégies de coping spécifiques des patientes, celles d'impuissance/désespoir, d'évitement et de dénégation restent stables et à des niveaux faibles tout au long de l'étude.

Seules les stratégies d'esprit combatif et de préoccupations anxieuses semblent plus sensibles aux variations :

- les scores d'esprit combatif sont élevés en début d'étude puis ils diminuent progressivement, comme si l'entrée dans la phase de rémission entraînait un certain relâchement, les stratégies combatives étant réservées aux phases aiguës de la maladie ;

- les préoccupations anxieuses sont déjà peu élevées en début d'étude, mais elles continuent de diminuer de T<sub>1</sub> à T<sub>6</sub>. Il semblerait donc que les sentiments négatifs associés à la maladie et contenus dans les items de la sous-dimension « préoccupations anxieuses » de la MAC (anxiété, colère, peur, appréhension) s'estompent avec le temps.

Nos mesures répétées nous ont donc éclairée sur l'évolution des variables impliquées dans l'ajustement des couples au cancer du sein. Elles ont aussi confirmé que certaines variables suivent une évolution parallèle chez les deux membres du couple, montrant l'impact du cancer du sein à un niveau dyadique, au niveau du couple considéré comme une unité. C'est le cas de la qualité de vie mentale, de la symptomatologie dépressive, de la qualité des interactions, des soutiens émotionnel et informatif et des stratégies de coping générales. En revanche, l'évolution de la qualité de vie physique, de la symptomatologie anxieuse, du degré d'accord dans le couple, de la disponibilité et de la satisfaction du soutien social et des soutiens matériel et négatif est propre à chaque membre du couple.

Ces résultats nous confortent dans l'idée qu'il est essentiel d'appréhender le couple comme une unité, sans oublier pour autant les spécificités des deux êtres qui le composent. Nos approches doivent tenir compte simultanément des niveaux intra- et interindividuels.

- **Analyses dyadiques**

La suite de notre recherche a ensuite été totalement dirigée vers le couple.

Des corrélations et des comparaisons de moyennes ont tout d'abord été calculées entre les patientes et les conjoints.

Un des points les plus importants, qui va dans le sens de la littérature (Baider et al., 2003 ; Edwards et Clarke, 2004 ; Given et Given, 1992 ; Omne-Pontén et al., 1993), est que les partenaires sont aussi touchés émotionnellement par la maladie que leur compagne, voire davantage, d'autant plus si l'on considère qu'ils contrôlent plus leurs émotions que les patientes, cette différence étant due au genre (Christophe et al., 2009). L'évaluation des patientes et des conjoints en terme d'ajustement dyadique, de soutien social et de coping émotionnel est corrélée positivement et significativement. Mais les patientes reçoivent plus de soutien social que leur conjoint (soutiens positif et négatif) et elles ont plus souvent recours au coping centré sur le problème et la recherche de soutien social, ce qui paraît logique compte tenu que ce sont elles qui sont malades.

L'essentiel de notre travail s'est ensuite appuyé sur des analyses dyadiques, sous-tendues par un modèle prometteur mais encore peu utilisé : l'Actor and Partner Interdependence Model (APIM) de Kenny et al. (2006). Ces analyses nous ont permis d'étudier le rôle de nombreuses variables dans l'ajustement des deux membres du couple (effets acteurs et effets partenaires).

- *Effets acteurs-partenaires de la détresse émotionnelle*

Les effets acteurs révélés par nos analyses montrent que des niveaux élevés de détresse en début d'étude prédisent une détresse importante aux temps de mesure suivants, que ce soit pour les patientes ou les partenaires. Cela confirme les résultats de Northouse et al. (1998) et de Millar et al. (2005).

Un seul résultat semble ne pas aller dans ce sens : en effet, une bonne qualité de vie mentale en T<sub>1</sub> est associée à un état dépressif plus important en T<sub>6</sub> pour les patientes. Il pourrait être sain et nécessaire aux patientes atteintes d'un premier cancer du sein de présenter une réaction anxieuse ou dépressive dans un laps de temps compris entre les examens diagnostiques et la mise en place des traitements. Sans cela, cette réaction

pourrait resurgir dans l'après-coup. Selon Pennebaker et Susman (1988), ne pas s'exprimer à propos de situations négatives de forte intensité engendrerait une accumulation de stress qui aboutirait à des conséquences négatives sur la santé physique et mentale. En effet, si peu de travaux ont mis en évidence l'effet bénéfique de l'expression des émotions négatives au cours du traitement et de la maladie sur l'ajustement ultérieur au cancer, beaucoup en revanche soulignent le rôle délétère de la répression des émotions négatives (Panagopoulou, Kersbergen & Maes, 2002) sur l'ajustement psychologique à moyen et long terme de femmes atteintes d'un cancer du sein (Iwamitsu et al., 2005 ; Ho et al., 2004). Quelques travaux relèvent également une propension plus importante chez ces femmes à adopter des attitudes ambivalentes dans l'expression de leurs émotions, associant des émotions positives (agrabilité, sentiment de confiance,...) et négatives (anxiété), constituant ainsi le lit de conflits intrapsychiques fréquents (Servaes, Tilburg, Vongerhoets, Breugdenhil, Keuning & Broekhuijsen, 1999).

Ce travail a aussi été l'occasion d'étudier l'impact des émotions des patientes atteintes d'un cancer du sein sur l'état anxio-dépressif de leur conjoint et inversement. Ainsi la détresse émotionnelle des partenaires se répercute-t-elle sur la qualité de vie physique et mentale et sur l'état émotionnel de leur compagne. Cela va donc dans le sens d'une contagion des émotions de la patiente par celles de son conjoint. Rimé (2005) s'est intéressé à l'impact de l'exposition aux émotions d'un interlocuteur. Selon lui, deux effets peuvent résulter de la confrontation aux émotions d'autrui : la contagion émotionnelle qui « *désigne des manifestations émotionnelles qui se développent sur le mode automatique en symbiose avec celles des congénères [et] peut [...] envahir l'individu sans que celui-ci ait d'emblée une conscience claire des causes de son état* » (Rimé, 2005, p120) et l'empathie qui « *est un processus selon lequel on endosse l'émotion d'autrui. Toutefois, il n'est plus question ici d'automatisme puisque l'empathie procède en droite ligne de la compréhension de la situation de l'autre personne.* » (Rimé, 2005, p121). Etre exposé aux émotions d'autrui suscite donc en retour le ressenti d'émotions, et plus l'intensité émotionnelle renvoyée par le premier sujet est importante, plus les émotions ressenties par l'auditeur sont intenses (Christophe et Rimé, 1997). Inversement, plus l'intensité émotionnelle renvoyée est faible, plus la réaction émotionnelle de l'auditeur le sera aussi. Les résultats de Brusilovskiy et al. (2009) vont effectivement dans ce sens : les patientes atteintes d'un cancer du sein dont le mari est bien adapté ont des niveaux de détresse faibles. Chung et

al. (2009) ont trouvé des résultats similaires auprès d'une population de patients atteints de problèmes cardiaques et leur conjoint(e), et ce en utilisant le modèle APIM.

Alors que l'on pourrait s'attendre à un impact similaire de l'état anxio-dépressif des patientes sur l'ajustement des conjoints, nos résultats sont tout autres. En effet, plus les patientes présentent un mauvais ajustement psychosocial (symptômes anxieux et dépressifs nombreux, qualité de vie mentale altérée, soutien social négatif élevé, adoption d'un coping centré sur l'émotion, scores élevés d'impuissance/désespoir, de préoccupations anxieuses et de dénégation), plus les partenaires rapportent des scores faibles aux sous-échelles d'anxiété et de dépression et des scores élevés de qualité de vie physique et mentale. Ces résultats ne vont pas dans le sens de ceux déjà obtenus par d'autres auteurs (Segrin et al., 2005 ; Dalton et al., 2007 ; Kim et al., 2008). Nous avons formulé plusieurs hypothèses pour expliquer ce résultat, mais deux d'entre elles nous paraissent plus probables :

- Nous avons vu que la non-expression des émotions entraînait des niveaux élevés de détresse émotionnelle chez les patientes. Cette non-expression de la part des patientes ne permet pas non plus aux conjoints de s'exprimer sur leurs sentiments, ni de se plaindre de quoi que ce soit, d'où des niveaux relativement faibles de détresse émotionnelle et de qualité de vie physique déclarés par ces derniers.

- Les conjoints se montrent forts lorsque leur compagne malade est en détresse. Il s'agirait là d'un processus compensatoire.

Christophe (2009) a récemment passé en revue les travaux portant sur les réactions comportementales d'approche et d'évitement de la personne exposée aux émotions d'autrui. Si la grande majorité des individus émet des comportements d'aide face à une personne venant de vivre un événement de vie difficile, il est fréquent d'observer des comportements d'évitement (minimisation de la gravité de l'événement, dédramatisation, façade de bonne humeur, tentatives pour dissuader autrui de se confier). Plusieurs facteurs seraient en jeu dans ces réactions d'approche ou d'évitement (Christophe, 2009) : la fascination devant l'expérience d'autrui, la menace que comporte la situation d'écoute (au-delà d'un certain seuil, le récit de l'expérience pourrait fragiliser l'individu ou le renvoyer à son impuissance devant la détresse de l'autre), le respect des normes sociales (il y aurait une bonne façon de se comporter aux yeux de la société). En 1982, Dunkel-Schetter et Wortman décrivaient déjà la dynamique interpersonnelle spécifique au cancer. Selon elles, l'entourage éprouve des émotions négatives à l'égard du cancer. Toutefois, il se donne comme devoir de rester

de bonne humeur, positif, optimiste dans ses interactions avec le patient. Cette contradiction aboutit à des comportements nuisibles pour le patient : évitement comportemental (éviter le patient et la communication ouverte à propos de la maladie), adoption de comportements contradictoires, non authentiques. L'ensemble de ces travaux pourrait donc expliquer cette réaction des conjoints face à la détresse de leur compagne, réaction qui serait dictée par la norme sociale et le besoin de se protéger.

Une autre piste d'interprétation de ces réactions est celle du processus compensatoire ou de la protection de la patiente. Certains travaux avaient déjà révélé le refus de la part des conjoints de confier leurs émotions négatives à leur compagne dont ils estiment qu'elle a assez de soucis (Keitel et Kopala, 2000 ; Foy et Rose, 2001). Selon Walker (1997), il existerait un mécanisme de compensation de l'un des membres du couple lorsque le second se montre affecté. Pour désigner cela, Reynaert et al. (2006) parlent de restriction émotionnelle : le patient cancéreux reste anxieux mais il dissimule ses émotions et modifie ses attitudes et comportements pour ne pas tracasser ou faire souffrir son conjoint. De façon simultanée, le conjoint va également tenter de cacher ses inquiétudes. *« Ce double ajustement va créer un cercle vicieux d'hyperprotection, le malade voulant épargner son conjoint, le conjoint voulant épargner le malade ».*

Mais ce désir de protection de la part du conjoint semble d'autant plus difficile qu'il est reconnu depuis longtemps que le principal confident des hommes est leur épouse, et ce de façon quasi exclusive (Rimé, 2005). Ils se retrouvent donc seuls face à cette détresse qu'ils refoulent.

Nous avons aussi étudié l'impact de la détresse émotionnelle sur le soutien reçu par les deux membres du couple et il ressort clairement que cet impact est fortement négatif. Toutefois, nous nous sommes demandé si la détresse émotionnelle avait un impact réel sur le soutien reçu (fuite de la part d'autrui et comportements de soutien négatifs) ou bien si c'était plutôt l'évaluation des sujets qui était biaisée par les symptômes anxieux et dépressifs (Beck et Clarke, 1997 ; Hautekeete, 2004). Les travaux de Bolger et al. (1996) et d'Alferi et al. (2001) apportent un premier éclairage à cette question puisqu'ils démontrent que la détresse émotionnelle des sujets entraîne une érosion réelle du soutien social. Il est néanmoins probable que les troubles anxio-dépressifs aboutissent à une surévaluation de cette érosion. Les travaux de Seidel, Habel, Kirschner, Gur et Derntl (2010) démontrent que chaque émotion exprimée par une personne entraîne un certain type de comportement chez son interlocuteur. Les auteurs distinguent les processus automatiques et contrôlés. Alors que la joie entraîne

automatiquement l'approche de l'autre, la tristesse engendrerait un processus automatique d'approche, mais un processus contrôlé de repli ou de fuite. Christophe et Rimé (1997) ont décrit cinq grandes réactions de l'auditeur à l'écoute de récits d'épisodes émotionnels : le réconfort non verbal, l'action concrète, le soutien social, la dédramatisation et l'expression verbale. Ils constatent dans leur étude que plus l'intensité de l'émotion partagée est élevée, plus l'interlocuteur présente des manifestations de réconfort non verbal. En revanche, l'incitation à l'expression verbale et la dédramatisation diminuent, tout comme le soutien social. Un de nos résultats s'apparente assez à ceux de Christophe et Rimé (1997) et de Seidel et al. (2010) : lorsque les partenaires rapportent des niveaux faibles de symptômes anxio-dépressifs, les patientes recherchent davantage de soutien social. Elles se tournent plus facilement vers leur conjoint lorsque celui-ci se montre bien ajusté émotionnellement. Dans tous les cas, que le soutien soit effectivement faible ou bien qu'il soit perçu ainsi, cela a un impact négatif sur l'ajustement ultérieur des patientes et partenaires.

Nous avons enfin essayé de comprendre l'impact que pouvait avoir la détresse émotionnelle sur les stratégies de coping adoptées par les patientes et leur conjoint. De manière générale, les patientes et partenaires qui rapportent une détresse émotionnelle élevée adoptent des stratégies d'ajustement dysfonctionnelles. Toutefois, la symptomatologie anxieuse des patientes semble moins délétère puisqu'elle est associée à l'adoption d'un coping centré sur le problème et à la recherche de soutien social chez les patientes, et d'un coping centré sur le problème chez les conjoints. L'anxiété est une réaction que l'on pourrait qualifier de « normale » dans la période diagnostique et à l'approche des traitements. Son association à la recherche de soutien social témoigne du besoin des patientes de se confier sur leur expérience. Déjà, en 1977, Mitchell et Glicksman montraient que 86% des patients qui venaient de faire l'objet d'un diagnostic de cancer exprimaient le souhait de parler en profondeur de leur situation avec d'autres personnes. Rimé (2005) explique dans son ouvrage sur le partage social des émotions que *« le partage social après événement émotionnel est un phénomène très général. Dans la majorité des cas, il est initié tôt après l'émotion – habituellement le jour même. Il se prolonge ensuite d'autant plus longtemps que l'épisode impliquait une émotion intense »*.

Nos travaux montrent donc l'intérêt de prévenir les symptômes anxio-dépressifs des patientes et des conjoints, d'autant plus que des niveaux élevés de détresse en début

d'étude prédisent une détresse importante aux temps de mesure suivants. Notons que, si la présence de symptômes anxieux n'est pas alarmante, il convient toutefois d'éviter toute chronicisation. Nous verrons plus loin quelles prises en charge proposer aux patientes et à leur conjoint.

○ *Effets acteurs-partenaires de la qualité de vie*

Nos analyses ont confirmé que le cancer du sein entraîne une dégradation de la qualité de vie physique des patientes. Celle-ci entraîne une détresse émotionnelle importante chez les deux membres du couple. Cette détresse, souvent réactionnelle au diagnostic et aux effets secondaires du traitement nous paraît tout à fait logique et nécessaire. Elle est le signe d'une prise de conscience de la part du couple. Si elle n'est pas exprimée, qu'elle est refoulée, nous avons vu qu'elle peut resurgir plus tard. Mais sa durée, son installation dans le temps, devraient pouvoir être évitées.

La qualité de vie physique des partenaires a aussi un impact sur l'ajustement émotionnel des patientes : plus leur qualité de vie est préservée, plus les patientes se disent anxieuses, déprimées et rapportent une qualité de vie mentale détériorée. Ce différentiel d'énergie les renvoie certainement à leurs difficultés, leur perte d'autonomie, à quel degré que ce soit.

○ *Effets acteurs-partenaires du contrôle émotionnel*

Notre étude a aussi permis de démontrer l'impact négatif du contrôle émotionnel dans l'ajustement du couple à un cancer du sein. Chez les patientes de notre échantillon, ce trait de personnalité est associé à des niveaux élevés d'anxiété et de dépression, comme déjà démontré dans d'autres travaux (Iwamitsu et al., 2003 ; Figueiredo et al., 2004 ; Ho et al., 2004 ; Iwamitsu et al., 2005). Mantani et al. (2007) ont trouvé le même type de relation entre les scores d'alexithymie de patientes atteintes d'un cancer du sein et de leur partenaire et une anxiété importante. Panagopoulou et al. (2002) ont effectué une méta-analyse des effets de l'expression et de la non-expression émotionnelle dans le contexte d'une maladie chronique. Ils ont intégré à leur revue un certain nombre d'études dont l'échantillon était constitué de patientes atteintes d'un cancer du sein. Ils arrivent à établir un lien entre la non-expression émotionnelle et des niveaux élevés de

détresse psychologique. En revanche, ils ne trouvent pas d'effet de l'expression émotionnelle sur la détresse. Selon Rimé (2005), la non-expression des émotions empêcherait la régulation de ces émotions et cela conserverait intact leur potentiel d'activation émotionnelle.

Les analyses dyadiques ont également permis de révéler que lorsqu'un membre du couple a tendance à contrôler ses émotions, l'autre fait l'expérience d'une détresse émotionnelle importante et d'une qualité de vie mentale altérée. Le contrôle émotionnel des partenaires semble même avoir un effet sur la qualité de vie physique des patientes. Il apparaît donc essentiel d'encourager la communication au sein du couple ou, tout du moins, de décourager la répression émotionnelle.

L'expression émotionnelle aide également les patientes à mettre en place des stratégies générales d'ajustement et favorise l'adoption de stratégies combatives. Lorsque les conjoints contrôlent leurs émotions, ils adoptent des stratégies de coping dysfonctionnelles (coping centré sur l'émotion) et leur compagne aussi (coping centré sur l'émotion, préoccupations anxieuses, évitement). Enfin, le contrôle émotionnel des patientes amène les conjoints à rechercher du soutien social, comme pour compenser le manque de communication avec leur partenaire.

Le lien entre la répression émotionnelle et le soutien social est aussi négatif : lorsqu'un membre du couple n'exprime pas ses émotions, ou lorsque les patientes ont recours à l'évitement, cela entraîne des difficultés pour l'entourage à apporter un quelconque soutien. Celui-ci a donc tendance à se tourner vers le conjoint ou la conjointe, de façon parfois positive et parfois maladroite (soutien négatif).

C'est à notre connaissance l'une des premières fois qu'une étude intègre la répression émotionnelle à des analyses dyadiques dans le domaine de la psycho-oncologie. Pourtant, cette variable paraît essentielle dans l'ajustement des couples à la maladie. Les futures études dont le thème central sera l'ajustement de couples à une pathologie chronique devraient en tenir compte.

#### ○ *Effets acteurs-partenaires de l'ajustement dyadique*

Nous ne pouvions pas étudier l'ajustement du couple au cancer du sein sans intégrer une mesure d'ajustement dyadique à notre travail.

Sans surprise, nos analyses n'ont fait que confirmer l'importance d'un bon ajustement au sein du couple. En effet, un bon ajustement dyadique rapporté par les patientes les

protège de sentiments dépressifs et préserve leur qualité de vie physique. Il protège également les partenaires d'une symptomatologie anxieuse.

L'ajustement dyadique a également un impact sur le soutien reçu et il prédit l'adoption de certaines stratégies de coping. Plus les deux membres du couple rapportent un ajustement dyadique de qualité, plus ils reçoivent de soutien social (soutien émotionnel, matériel et distractif pour les patientes et les partenaires ; soutien informatif pour les partenaires) et moins ils se plaignent de recevoir du soutien négatif. Ce résultat est bien entendu très logique étant donné que le soutien apporté à l'un ou à l'autre provient en partie du conjoint (Segrestan et al., 2006).

Concernant le lien avec le coping, percevoir l'harmonie dans leur couple rend les patientes plus combatives et les protège de l'impuissance/désespoir. En revanche, si les conjoints rapportent un mauvais ajustement dyadique, les patientes ont plutôt recours au coping centré sur le problème. Nous émettons l'hypothèse qu'elles se concentrent sur la maladie et évitent leurs problèmes de couple. L'explication peut aussi être inverse : c'est-à-dire qu'elles sont tellement concentrées sur le combat contre leur cancer du sein que leur couple est mis entre parenthèses, ce que rapporte leur partenaire. Et cette seconde explication paraît a posteriori plus recevable.

Malgré ce dernier résultat, il est clair que l'ajustement dyadique joue un rôle protecteur dans l'ajustement du couple au cancer du sein. Il est donc important de le préserver, de le cultiver. Le couple est bouleversé par cet événement de vie. Chacun se retrouve confronté à ses propres émotions, ses représentations de la maladie. Mais le couple ne doit pas s'oublier en tant qu'entité. Badr et Acitelli (2005) suggèrent d'ailleurs, à l'issue d'une recherche sur le sujet, que communiquer autour de la relation de couple (« *relationship talk* ») au sein même du couple est bénéfique, d'autant plus lorsqu'on est confronté à une pathologie chronique.

#### ○ *Effets acteurs-partenaires du soutien social*

Le soutien social reçu par les deux membres du couple est une variable à ne pas négliger dans l'ajustement au cancer.

→ *Effets du soutien social général*

De manière générale, plus les patientes et les partenaires rapportent une disponibilité et une satisfaction importante du soutien social, meilleur est leur ajustement émotionnel et physique (effets acteurs et partenaires). Des études avaient déjà démontré que le fait de bénéficier d'un faible soutien social prédit un mauvais ajustement psychologique à la maladie (Rodrigue et al., 1994 ; Nosarti et al., 2002 ; Holland et Holahan, 2003), mais essentiellement dans des études incluant des patientes. Nos résultats montrent aussi que le soutien social général facilite la mise en place de stratégies de coping générales pour les deux membres du couple, entraîne le recours à l'esprit combatif chez les patientes et les protège de préoccupations anxieuses et de l'impuissance/désespoir. Il est donc essentiel de se sentir entouré. Mais si la disponibilité et la satisfaction du soutien social sont bénéfiques au sujet qui l'éprouve, elle ne l'est pas toujours pour le conjoint (effet partenaire).

→ *Effets du soutien émotionnel et matériel/distractif*

Les dimensions émotionnelle, matérielle et distractive du soutien social sont bénéfiques aux deux membres du couple, mais il semblerait que chacun d'entre eux ait surtout besoin que son conjoint soit soutenu de son côté. Ces types de soutien atténuent la détresse émotionnelle et permettent de préserver la qualité de vie physique. Toutefois, un mois après la fin des traitements (T<sub>4</sub>), le soutien matériel peut entraîner de l'anxiété pour les patientes s'il ne correspond pas aux attentes et besoins de ces dernières. Et les partenaires sont en meilleure qualité de vie physique lorsqu'ils reçoivent peu de soutien matériel, certainement car ils sont déjà en bonne santé physique, qu'ils n'ont pas besoin de ce type de soutien, et que gérer eux-mêmes les tâches quotidiennes et les sorties entretient leur qualité de vie physique.

Ces deux dimensions du soutien ont aussi un impact sur les stratégies de coping utilisées par les deux membres du couple. Ainsi le soutien émotionnel encourage-t-il à affronter la maladie (coping centré sur le problème) et à s'ouvrir aux autres (recherche de soutien social). Le soutien matériel et distractif entraîne chez les patientes l'adoption de stratégies qui reflètent leur pleine conscience de la maladie (scores élevés de coping centré sur le problème et de recherche de soutien social ; scores faibles de dénégation et

d'évitement) mais cela est aussi associé à des niveaux élevés de préoccupations anxieuses à long terme.

→ *Effets du soutien informatif*

Notre travail a permis de révéler le rôle essentiel du soutien informatif pour les conjoints. En effet, le manque de soutien informatif envers les conjoints entraîne des niveaux élevés de détresse émotionnelle et faibles de qualité de vie mentale chez les deux membres du couple. Il est donc du devoir des professionnels de santé d'encourager la présence des proches aux consultations, avec toujours l'accord des deux membres du couple. Il pourrait aussi être indiqué de proposer aux couples des temps d'éducation thérapeutique (sur les effets des traitements, les réactions attendues des patientes, les gestes et efforts physiques à éviter, la manière d'accompagner un patient cancéreux...) qui pourraient être intégrés au temps d'accompagnement soignant (TAS), déjà mis en place dans les services de cancérologie.

Rajoutons que le soutien informatif reçu par les conjoints et les patientes les encourage à rechercher toujours davantage de soutien. Cette stratégie fonctionnelle chez les patientes ne l'est pas chez les conjoints qui sont parfois déçus du soutien reçu. D'où l'intérêt de leur proposer spontanément ce soutien informatif et de leur fournir des informations adaptées pour leur éviter cette démarche de recherche parfois décevante.

Concernant le rapport des patientes au soutien informatif, le plus adapté serait de distiller les informations sur la maladie et les traitements dans le temps. Un soutien informatif régulier dans le temps vaut mieux que de donner une masse d'informations trop importante au début de la prise en charge et que le couple ne retiendra pas. Cela permet aussi aux patientes de mettre progressivement en place des stratégies de coping adaptées aux différents temps de la prise en charge. Christophe, Corbeil, Servent, Vanlemmens, Pion, Humez et Vennin préconisaient déjà en 2003 la remise de brochures d'informations qui permettent de retrouver les informations déjà évoquées durant la consultation.

→ *Effets du soutien négatif*

Enfin, l'originalité du questionnaire de soutien social spécifique au cancer (QueSSSC), construit pour cette étude, était d'intégrer la dimension négative, maladroite, du soutien. Il apparaît que ce type de soutien, qu'il soit rapporté par les patientes ou leur partenaire en début de traitement, est fortement dépressogène, anxiogène et délétère pour la qualité de vie physique des patientes encore un mois après la fin des traitements. Ce type de résultat avait déjà été obtenu par Manne et al. (2005) et Fergus et Gray (2009). Le soutien négatif entraîne aussi chez les patientes l'adoption de stratégies dysfonctionnelles. Toutefois, les patientes semblent davantage se protéger en T<sub>6</sub> (adoption de stratégies centrées sur le problème et combatives), ce qui montre bien leur capacité à s'adapter dans le temps et l'intérêt de mener des recherches longitudinales.

Nous souhaitons aussi souligner l'importance de l'adéquation entre le besoin de soutien des patientes et partenaires et le soutien effectivement reçu (Reynolds et Perrin, 2004). Nous avons déjà vu que le soutien matériel et distractif apporté au couple peut ne pas correspondre à ses attentes. De même les patientes rapportent-elles une meilleure qualité de vie mentale lorsqu'elles reçoivent peu de soutien (disponibilité, soutiens émotionnel, matériel et distractif), cela parce que ce soutien peut ne pas être en adéquation avec leurs attentes, mais aussi car il est plus gratifiant pour elles de gérer seules leur quotidien, même si cela détériore leur qualité de vie physique.

Les nombreux résultats obtenus avec les sous-dimensions de notre questionnaire de soutien social spécifique au cancer (QueSSSC) justifient tout à fait la construction de cet outil et démontrent l'intérêt de l'intégrer à de nouveaux protocoles de recherche. Il permet en effet de distinguer différentes facettes du soutien et leur impact respectif sur différentes variables et a l'originalité de tenir compte de la dimension négative du soutien social.

Ces résultats sur le soutien social mettent également en évidence, au-delà l'appel au modèle transactionnel du stress de Lazarus pour expliquer le rôle essentiel des ressources sociales dans le processus de stress que constitue l'ajustement à la maladie grave, l'intérêt d'autres modèles complémentaires basés sur le changement des ressources. Le modèle de conservation des ressources (COR) proposé par Hobfoll (1989

et 2002) postule que les personnes s'efforcent de construire, de protéger et de garder leurs ressources. Celles-ci peuvent être de natures diverses : sociales (soutien, argent) et personnelles (optimisme, sentiment de maîtrise, santé). Lorsqu'une personne se trouve face à la possibilité de gagner des ressources ou au contraire de les perdre, elle va tout mettre en œuvre pour faire appel à ses autres ressources. Si cela ne conduit pas aux issues espérées, l'individu expérimente de la détresse psychologique, et risque de développer des problèmes de santé mentale et physique. La survenue d'un événement de vie (comme une perturbation de la santé) va modifier cet équilibre des ressources. L'individu cherchera par tous les moyens à rétablir cet équilibre, en gagnant d'autres ressources (soutien par exemple). La perte d'une ressource (santé par exemple) constitue donc en soi une source de stress, qui se transforme dans certains cas en spirale de la perte, conduisant d'autres pertes (difficulté d'obtenir du soutien, difficultés professionnelles, perte de son travail,...). Or, le modèle COR postule également que le gain de ressources a beaucoup moins d'impact sur l'individu que leur perte ou le manque. L'arrivée du cancer du sein dans le couple perturbe donc à la fois les ressources personnelles et sociales de chacun des partenaires tout au long du suivi de la maladie. L'équilibre qui existait avant la survenue de l'événement majeur est essentiel mais il est mis à rude épreuve ensuite. Dans certains cas, cet équilibre intra- et interindividuel entre les ressources initiales est recomposé. On peut supposer, même si cela n'a jamais été vérifié, que cette recherche d'équilibre suit différemment le parcours de la maladie pour la patiente et son conjoint, ce qui peut expliquer également les attentes discordantes dans la recherche et la satisfaction envers les types de soutien dispensés pendant et après les traitements pour cancer du sein.

○ *Effets acteurs-partenaires des stratégies de coping*

Certains résultats concernant les stratégies de coping étaient attendus, notamment en terme d'effets acteurs. Les effets partenaires nous fournissent en revanche de nouvelles informations quant à l'impact des stratégies de coping adoptées par un membre du couple sur l'ajustement du second.

→ *Effets du coping centré sur le problème*

Lorsque les patientes adoptent une stratégie de coping centré sur le problème, elles ont un meilleur ajustement émotionnel et leur conjoint se dit moins anxieux et dépressif et en meilleure qualité de vie physique. En revanche, leur qualité de vie mentale s'émousse en T<sub>6</sub>, marquant peut-être une lassitude et un besoin de tourner la page, six mois après la fin du premier traitement adjuvant.

Il est admis depuis longtemps que l'esprit combatif s'avère également être une stratégie protectrice (Schnoll et al., 1995 ; Chen et al., 1996 ; Shapiro et al., 1997). En outre, il semblerait que les patientes veuillent mener leur combat contre la maladie elles-mêmes. Un investissement trop important de leur conjoint (scores élevés de coping centré sur le problème) leur cause anxiété et dépression et peut même avoir un impact négatif sur leur qualité de vie physique, alors que cet investissement est bénéfique aux conjoints.

→ *Effets du coping centré sur l'émotion*

Il est reconnu que les stratégies de coping centrées sur l'émotion sont dysfonctionnelles (Carver et al., 1993 ; Schnoll et al., 1995). Effectivement, chez les patientes, elles entraînent anxiété et dépression, qu'elles soient adoptées par les patientes ou les conjoints.

En revanche, la qualité de vie physique des patientes est meilleure six mois après la fin du premier traitement adjuvant lorsque ces dernières ont recours au coping centré sur l'émotion en T<sub>4</sub>. Il semblerait donc sain de rejeter cet événement de vie difficile après les traitements.

→ *Effets de la recherche de soutien social*

La stratégie de recherche de soutien social semble être dépressogène pour les conjoints. Cette recherche du partage social des émotions n'a fait qu'amplifier l'impact émotionnel de la maladie sur le partenaire. Cela nous ramène aussi à l'importance de l'adéquation entre les besoins de soutien et le soutien effectivement reçu. Selon Christophe et Di Giacomo (2003), la personne qui partage une expérience difficile avec

autrui s'attendrait à une écoute empathique et soutenue, et « *tout comportement déviant de cette attitude normative engendrerait un état de malaise* ».

Mais rechercher du soutien pour le partenaire peut également être synonyme de sentiment d'impuissance devant l'adversité : c'est sortir de son statut d'aidant pour être soutenu. Par ailleurs, de nombreux travaux ont mis en évidence le rôle essentiel de la compagne (ou conjointe) comme confident quasi unique de l'homme (Rimé, 2005). Rechercher du soutien dans le cas précis du partenaire, c'est soit être soutenu par celui qui en a le plus besoin, soit aller chercher du soutien ailleurs, ce que l'homme ne fait que rarement.

En revanche, rechercher du soutien social, s'ouvrir aux autres, est positif pour l'autre membre du couple (effets partenaires). Cela protège les patientes et les conjoints d'une symptomatologie dépressive et entraîne une bonne qualité de vie mentale pour les patientes et une bonne qualité de vie physique pour les partenaires. Nous pouvons faire l'hypothèse que cette recherche de soutien social est en partie tournée vers l'autre membre du couple (patiente ou partenaire homme) qui prend alors une part active dans ce soutien, ce qui le valorise et entretient sa qualité de vie. D'où l'intérêt d'un soutien mutuel (Picard et al., 2005), d'une ouverture et d'une communication au sein du couple.

→ *Effets des stratégies de coping spécifique au cancer*

Nous avons également étudié l'impact du coping spécifique sur l'ajustement des patientes et de leur conjoint.

Les résultats retrouvés sont sans surprise. Ils vont dans le sens de la littérature : le fait d'adopter une stratégie combative est associé à un bon ajustement émotionnel (Ptacek et al., 1994 ; Schnoll et al., 1998 ; Al-Azri et al., 2009), tandis qu'avoir des scores élevés aux sous-échelles d'impuissance/désespoir et de préoccupations anxieuses prédit une détresse importante (Lavery et Clarke, 1996 ; Cousson-Gélie, 1997 ; Schnoll et al., 1998 ; Cotton et al., 1999 ; Tastet, 2001 ; Sehlen et al., 2003 ; Segrestan et al., 2005 ; Filazoglu et Griva, 2008 ; Al-Azri et al., 2009).

Nos résultats montrent également que la dénégation peut être bénéfique à court terme. Chez les patientes, elle est associée à la préservation de la qualité de vie physique. Continuer leurs activités comme si de rien n'était, vivre comme si la maladie n'existait pas, leur permet de rester actives et de préserver leur qualité de vie physique. En effet,

les revues de la littérature et méta-analyses regroupant des recherches portant sur l'impact de l'exercice physique sur la qualité de vie des patientes permettent de confirmer que le fait de pratiquer ou de maintenir une activité physique est bénéfique à la qualité de vie des patientes en traitement pour un cancer du sein ou en rémission (McNeely, Campbell, Rowe, Klassen, Mackey et Courneya, 2006 ; Markes, Brockow et Resch, 2006 ; Hu, Gu et Zhang, 2009). Comme nous l'avons déjà indiqué dans notre revue de la littérature, seuls Heim et al. (1997) avaient obtenu une relation positive entre le déni et l'adaptation psychosociale. Généralement, cette stratégie est reconnue comme dysfonctionnelle (Carver et al., 1993 ; Thomas et Marks, 1995 ; Ben-Zur et al., 2001 ; Roussi et al., 2007).

La sous-échelle « évitement » ne donne aucun résultat dans notre étude, alors qu'elle a été reconnue comme dysfonctionnelle dans de nombreux travaux antérieurs au nôtre (Bloom et Spiegel, 1984 ; Bloom et al., 1984 ; Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Carver et al., 1993 ; Ptacek et al., 1994 ; Thomas et Marks, 1995 ; McCaul et al., 1999 ; Ben-Zur et al., 2001 ; Holland et Holahan, 2003 ; Jadouille et al., 2006 ; Karadema et al. 2007 ; Romero et al., 2008).

Les stratégies de coping adoptées par les patientes ont un impact sur l'ajustement des partenaires. Plus les patientes rapportent des scores élevés d'impuissance/désespoir, de préoccupations anxieuses et de dénégation, plus les partenaires rapportent des scores faibles aux sous-échelles d'anxiété et de dépression et des scores élevés de qualité de vie physique et mentale. Mais ces résultats ont déjà été discutés plus haut.

#### ○ *Conclusion*

La masse considérable de données recueillies nous a permis d'obtenir un grand nombre de résultats confirmant parfois les résultats de la littérature sur le sujet du cancer du sein et de son vécu dans le couple, et apportant de nouveaux résultats, originaux, permettant une réflexion théorique mais aussi la proposition d'applications cliniques pratiques.

Avant de décrire ces perspectives théoriques et cliniques, il convient de présenter les limites de ce travail. Cela nous permettra justement de voir comment améliorer ce type de recherches longitudinales intégrant les approches transactionnelle et systémique.

- **Les limites**

La première limite de notre travail concerne l'échantillon.

Cette recherche souffre tout d'abord d'un biais de volontariat : les personnes qui ont accepté de participer à cette recherche ne sont pas celles qui seraient le plus en détresse. Nous savons déjà qu'une partie des patientes a refusé de participer de peur que nos questions ne les perturbent davantage. Il doit en être de même pour les conjoints.

Le nombre de couples intégrés à cette étude n'est pas non plus suffisant. Pourtant, de nombreux efforts ont été mis en œuvre afin de faciliter le recrutement des dyades. En effet, alors qu'il était prévu d'intégrer uniquement des patientes traitées par chimiothérapie adjuvante, nous avons élargi nos critères d'inclusion en ouvrant l'étude aux patientes traitées par radiothérapie seule ou par chimiothérapie néo-adjuvante. Cela a rendu notre échantillon hétérogène puisque les traitements ont un impact différent sur certaines variables de notre étude, mais le recrutement a pu s'accélérer. Malgré tout, le nombre de dyades ayant répondu aux questionnaires aux six temps de mesure est restreint (N=29), comparé à celui des dyades intégrées en début d'étude (N=74). Nous ne savons pas à quoi sont dus ces abandons et cette perte d'information est dommageable. Reflètent-ils une érosion face au caractère redondant de nos évaluations ? Une instabilité au niveau du couple ? Il aurait été intéressant d'obtenir ces informations.

Ce nombre insuffisant de dyades contribue à réduire la puissance statistique des tests utilisés et à limiter la généralisation des résultats. Il nous a aussi limitée dans le choix de nos analyses statistiques. Il aurait en effet été intéressant de mener des analyses en équations structurales afin de tester au moins une partie de notre modèle, mais le nombre de sujets était trop insuffisant. Quant aux analyses dyadiques, elles ont été réalisées en prenant les variables deux à deux (effet du soutien émotionnel sur l'anxiété par exemple). L'idéal aurait été de tester l'ensemble des variables à l'aide d'une seule régression et de voir lesquelles sont vraiment prédictives.

Une deuxième limite tient au fait de la nature semi-prospective de cette étude. Il aurait été intéressant de disposer d'une mesure de base de certaines variables (anxiété et dépression) avant la découverte du cancer du sein, de manière à pouvoir contrôler l'influence de ces variables. Pour cela, il faudrait recruter les patientes dès le dépistage de la maladie (à l'occasion de mammographies de routine) et cela rend le suivi des

patientes plus compliqué puisque leur prise en charge aura lieu dans des services d'oncologie différents.

La troisième limite de notre étude réside dans la difficulté de choix des questionnaires à disposition pour évaluer l'ajustement bio-psycho-social des patients cancéreux et de leurs proches.

En effet, les questionnaires de soutien social disponibles ne présentaient pas les qualités psychométriques que nous attendions et il nous a fallu construire un questionnaire de soutien social spécifique au cancer. Cette étape de notre recherche a été coûteuse en temps.

La qualité de vie des patientes et des partenaires a été évaluée à l'aide d'un questionnaire général (la SF-12) et il est certain que ce choix ne nous a pas permis de prendre en compte l'ensemble des domaines de la qualité de vie spécifique des patientes, comme la douleur ou encore la fatigue qui peuvent être des effets secondaires des traitements et qui ont une influence sur l'ajustement des patientes et pourraient aussi influencer celui de leur conjoint.

Enfin, nous rappellerons ici que l'échelle de coping spécifique retenue pour cette étude (MAC) contient des dimensions qui peuvent s'apparenter à de la détresse émotionnelle (préoccupations anxieuses, impuissance/désespoir) et qui sont donc susceptibles de biaiser certains résultats qui montrent un lien entre ces dimensions et les scores à la HAD.

Malgré tout, nous avons tenu compte de ces limites, et les choix réalisés (construction d'un nouvel outil de soutien, choix de questionnaires semblables pour les patientes et les partenaires, utilisation d'échelles reconnues et utilisées internationalement) nous semblent être justifiés.

Une autre limite de cette recherche est l'absence d'outils prenant en compte le niveau dyadique de l'ajustement des couples au cancer du sein. En effet, nos analyses dyadiques nous ont permis de juxtaposer les stratégies de coping adoptées par les patientes et celles adoptées par les conjoints (MAC de Cayrou et al., 2001 ; WCC de Cousson et al., 1996), ainsi que l'ajustement dyadique (DAS de Spanier, 1976) de chacun d'entre eux. Toutefois, il nous manque le niveau dyadique, c'est-à-dire comment les patientes et les conjoints font-ils face en tant que dyade, en tant qu'unité ? Malheureusement, au moment où nous établissions notre protocole de recherche, nous n'avions pas connaissance des questionnaires en langue allemande validés par l'équipe

de Bodenmann (Bodenmann, 1990 in Bodenmann, 2005 ; Bodenmann et Cina, 2000 ; Bodenmann, 2008 ; Gmelch et al., 2008).

La dernière limite de notre étude est l'absence d'une dimension, pourtant essentielle dans un couple : la sexualité. Cette dernière touche à l'intimité profonde des patientes, alors même que leur image de soi est perturbée. Il ne nous a donc pas semblé adéquat de l'intégrer sous forme de questionnaire (les échelles sur le sujet existant au moment de la réalisation du protocole étant de plus très pratiques et générales, sans prise en compte de la dimension psychologique). Nous tenons toutefois à préciser que 13 couples ont été rencontrés dans un septième temps et que des entretiens qualitatifs ont été menés avec eux. Certains couples se sont exprimés sur le sujet de la sexualité et leur discours sera analysé prochainement.

- **Perspectives théoriques**

Malgré les limites rapportées dans le paragraphe précédent, il est évident que notre recherche présente de nombreux atouts.

Elle montre tout d'abord qu'il était judicieux de proposer un modèle transactionnel et systémique et de l'appliquer à des couples dont la femme est atteinte d'un cancer du sein. Ce modèle n'a jamais été utilisé auprès de dyades confrontées au cancer. Il intègre différents niveaux (contexte médical et social, contexte familial) ainsi que différents types de facteurs : antécédents (phases de la maladie, traits de personnalité comme le contrôle émotionnel, ajustement psychologique et physique de référence, ajustement dyadique), transactions (soutien social perçu, stratégies de coping) et critères (détresse émotionnelle, qualité de vie et ajustement dyadique).

Ce modèle nous a permis de vérifier que l'ajustement des patientes et des partenaires au cancer du sein pouvait être expliqué par de nombreux facteurs. De plus, sa dimension systémique nous permet d'étudier les relations interindividuelles en jeu dans l'ajustement à une maladie grave. En effet, nous avons pu démontrer que les différentes modalités d'ajustement du partenaire permettent de mieux comprendre celles de sa compagne et vice versa. Cela montre l'importance de considérer les deux membres du couple, mais aussi le couple comme entité.

Nos analyses dyadiques sur le soutien social et les stratégies de coping ont enfin permis de mieux comprendre ces processus, leurs effets intra- et interindividuels ainsi

que l'impact des différentes dimensions du soutien social sur l'adoption de certaines stratégies de coping. En effet, les études portant sur ce sujet sont quasi inexistantes. Elles donnent pourtant des résultats très intéressants dont il serait intéressant de tenir compte pour proposer des prises en charge adaptées.

Notre travail n'est malheureusement pas exhaustif et d'autres analyses seront encore nécessaires. Les variables que nous qualifions de « transactions » (soutien social et stratégies de coping) n'ont pas été testées en tant que telles et il conviendra de vérifier leur position de modérateur et/ou de médiateur. Tester notre modèle dans son ensemble est un autre objectif d'envergure qui s'inscrit dans le prolongement de notre réflexion. Pour cela, un nombre plus important de sujets sera nécessaire.

Cette recherche ouvre également la voie à de nouvelles études.

Nous avons choisi de n'intégrer à notre travail que des patientes et des partenaires masculins. Mais qu'en est-il lorsque les patients sont des hommes et les partenaires des femmes ? Quelques rares études ont comparé les deux et donnent des résultats très intéressants. C'est le cas de celle de Julkunen et al. (2009) qui ont démontré que l'expression de la colère chez les partenaires féminines était bénéfique à la qualité de vie mentale des patients masculins. En revanche, l'expression de la colère par les partenaires masculins a un impact négatif sur la qualité de vie mentale de leur compagne malade. Cela montre bien l'importance de réaliser d'autres recherches de ce type. C'est dans cette perspective que nous projetons de scinder notre échantillon et celui de Lafaye (2009), composé de couples dont le partenaire est traité pour un cancer de la prostate, et d'effectuer de nouvelles analyses.

Il pourrait également être intéressant de tester le modèle transactionnel et systémique à d'autres types de cancers, mais aussi de l'élargir à d'autres pathologies chroniques. Untas (2009) l'a par exemple déjà utilisé pour étudier l'ajustement de dyades (patient et proche) à la mise en dialyse.

Si cette recherche nous a conduite à de nombreuses réflexions théoriques, les résultats qu'elle nous a permis d'obtenir offrent de multiples perspectives de prévention et de prises en charge.

- **Perspectives appliquées**

- *Prévention de la détresse émotionnelle chez les patientes et les conjoints*

Nous avons vu que le cancer du sein peut entraîner de nombreuses réactions émotionnelles chez les deux membres du couple. Ces réactions sont généralement adaptées et ne nécessitent aucune intervention. Toutefois, il serait intéressant de repérer de façon précoce l'apparition de troubles anxio-dépressifs et de surveiller leur évolution. Il s'agit là de ce que l'on appelle la prévention secondaire précoce. Nos résultats montrent en effet que des niveaux élevés de détresse émotionnelle sont souvent prédits par les niveaux de détresse antérieurs. L'objectif est donc d'éviter toute chronicisation. Ceci est valable pour les patientes mais également pour leur partenaire. Si la détresse émotionnelle persiste, il convient alors de proposer une prise en charge psychologique. De nombreuses études ont démontré l'efficacité des thérapies cognitives et comportementales (Antoni, Lehman, Kilbourn, Boyers, Culver, Alferi, Yount, McGregor, Arena, Harris, Price et Carver, 2001 ; Allen, Shah, Nezu, Ciambrone, Hogan et Mor, 2002). Les groupes de parole classiques composés de patientes uniquement sont en revanche de plus en plus controversés (Kayser, Feldman, Borstelmann et Daniels, 2010).

L'idéal serait en fait de pouvoir intervenir de façon très précoce, dès le stade de la chirurgie. Il n'est pas question d'imposer une consultation psychologique à tous les couples touchés par le cancer, mais il semble important que le psychologue puisse se présenter, ce premier contact facilitant les sollicitations ultérieures de la part des patientes ou des conjoints. Cela d'autant plus qu'il est parfois compliqué de recruter des patientes, et qui plus est leur conjoint, dans des groupes d'intervention thérapeutique (Fredman, Baucom, Gremore, Castellani, Kallman, Porter, Kirby, Claire Dees, Klauber-Demore, Peppercorn et Carey, 2009). L'enjeu est donc de proposer cette rencontre au moment le plus opportun (Fredman et al., 2009).

Depuis la mise en place du Plan Cancer, chaque patient rencontre un(e) infirmier(e) qui reprend avec lui les informations transmises par le médecin en consultation d'annonce. Il (elle) évalue également les besoins sociaux et psychologiques des patients. Ce temps est appelé Temps d'Accompagnement Soignant (TAS) et il est intégré à ce que l'on a nommé le « dispositif d'annonce. » Il pourrait être tout à fait intéressant et adapté

d'intégrer à cette rencontre un temps de psycho-éducation à destination des patientes et de leur conjoint.

○ *Intégration des conjoints aux consultations*

Hartmann (2009) a suggéré de créer un temps de psycho-éducation pour les proches, au cours duquel ils seraient préparés à leur rôle d'aidant. Si l'idée d'intégrer une prise en charge psycho-éducative est séduisante, celle de réduire le proche à son rôle d'aidant nous paraît inadaptée. En effet, nos résultats encouragent plutôt à considérer le conjoint comme un individu à part entière, lui-même confronté à des niveaux de détresse élevés. Certains chercheurs leur ont même créé des programmes sur mesure (Bultz, Speca, Brasher, Geggie et Page, 2000).

Un premier objectif serait déjà d'intégrer les conjoints aux consultations médicales. Cela présente plusieurs avantages :

- le conjoint reçoit les mêmes informations que sa compagne malade, ce qui facilite les échanges ultérieurs à propos de la maladie et améliore son ajustement (nous avons vu que des scores faibles de soutien informatif prédisent des niveaux élevés de détresse émotionnelle et faible de qualité de vie mentale)

- il devient possible de repérer les conjoints en détresse et de leur proposer une prise en charge adaptée ;

Un second objectif serait ensuite d'intégrer les conjoints au Temps d'Accompagnement Soignant (TAS) et d'ajouter un temps d'éducation thérapeutique qui aurait pour thèmes l'impact physique et psychologique des traitements, les gestes à éviter pour les patientes, la manière d'accompagner la patiente (être présent, à l'écoute, ...).

Nos résultats mettent l'accent sur deux points essentiels à développer : l'importance du soutien social et de la communication au sein du couple.

○ *Promotion de la communication au sein du couple*

Nos résultats concernant l'impact négatif du contrôle émotionnel sur l'ajustement des couples au cancer montrent bien tout l'intérêt de centrer les interventions proposées aux patientes et à leur partenaire sur la communication. Ainsi, promouvoir la communication permet la réduction des niveaux de détresse au sein du

couple, l'adoption de stratégies de coping fonctionnelles et l'augmentation des ressources sociales. Nos résultats montrent également que les patientes rapportent une diminution du degré d'accord dans le couple durant les traitements qui se maintient par la suite. Or, il est primordial de préserver et de cultiver l'ajustement dyadique dans le couple, et cela peut se faire au travers d'une communication ouverte. Badr et Acitelli (2005) suggèrent la communication autour de la relation de couple : « relationship talk. » Shields et Rousseau (2004) proposent également une intervention dont le but est d'augmenter la communication des patientes avec leur famille. Ce programme a été testé par les auteurs : il permet de diminuer de manière significative les niveaux de détresse des participants (patientes et conjoints).

Certains auteurs proposent des programmes dont le but est l'amélioration des compétences sociales. C'est le cas de Lewis, Cochrane, Fletcher, Zahlis, Shands, Gralow, Wu et Schmitz (2008). Les cinq sessions qu'ils proposent aux conjoints sont centrées sur la gestion de la détresse, l'apprentissage de compétences en terme d'écoute, de compréhension de l'autre, et de « connection » (compétences non-verbales). Ce programme s'est révélé être très efficace (diminution de la détresse émotionnelle, amélioration de la communication et de la relation de couple, diminution des tensions pour les compagnes).

Scott, Halford et Ward (2004) proposent également une intervention basée sur l'apprentissage de compétences en communication et en écoute empathique. Leur programme donne également des résultats très satisfaisants.

#### ○ *Amélioration du soutien social*

Le soutien social est un élément essentiel pour un bon ajustement des couples au cancer du sein.

Nous avons déjà discuté de l'intérêt d'un soutien mutuel au sein de la dyade. Picard et al. (2005) avaient eux aussi pointé l'importance de promouvoir ce soutien mutuel. Plusieurs recherches ont montré que les prises en charge qui favorisent le soutien réciproque des deux membres du couple donnent des résultats favorables à un bon ajustement des couples au cancer (Scott et al., 2004 ; Kuijer, Buunk, De Jong, Ybema et Sanderman, 2004 ; Kayser et al., 2010).

Nous avons vu que le soutien social apporté aux couples touchés par le cancer du sein est en diminution constante, alors même que leur détresse émotionnelle reste élevée et leur qualité de vie altérée. Il serait donc opportun de proposer aux couples des prises en charge échelonnées de la phase diagnostique à plusieurs mois après la fin des traitements adjuvants. Tenir compte des temps-clés de la maladie est en effet primordial (Hoskins, 2001 ; Hoskins, Haber, Budin, Cartwright-Alcarese, Kowalski, Panke et Maislin, 2001 ; Budin, Hoskins, Haber, Sherman, Maislin, Cater, Cartwright-Alcarese, Kowalski, McSherry, Fuerbach et Shukla, 2008).

○ *Les thérapies systémiques*

Enfin, nous ne pouvions pas terminer ce paragraphe sur les perspectives appliquées sans parler des thérapies systémiques. Ces dernières ont beaucoup évolué au cours des vingt dernières années (Cook-Darzens, 2005). Une forme de thérapie familiale adaptée à la maladie somatique est apparue : la thérapie familiale médicale. Elle s'appuie sur la mobilisation des ressources de la famille, en prévenant les réponses dysfonctionnelles à la maladie et en encourageant un positionnement optimal face à cette dernière (Cook-Darzens, 2005).

Toujours selon Cook-Darzens (2005), les apports de ces thérapies sont potentiellement très riches : *« repérage des interactions productives et délétères au sein du système constitué par la maladie, le patient, la famille et le système de soins ; techniques de déculpabilisation et mobilisation des compétences familiales ; écoute des croyances familiales ; utilisation de packages psychoéducatifs visant à informer la famille sur la maladie et bien d'autres encore. »*

L'intégration de la thérapie familiale en milieu hospitalier peut permettre de tenir compte des conjoints tout autant que des patients, mais aussi de l'interaction conjugale. Il peut aussi amener la création d'un partenariat solide avec le conjoint dès le début de la maladie. En effet, le conjoint est un interlocuteur tout particulier, c'est un allier de la prise en charge thérapeutique du patient : *« C'est à la fois quelqu'un qui a besoin de nos soins mais c'est également un co-thérapeute. »* (Reynaert et al., 2006).

## CONCLUSION GENERALE

Ce travail a été l'occasion de faire le point sur l'ensemble des recherches portant sur l'ajustement du couple au cancer du sein. Notre revue de la littérature a montré que des travaux étaient encore nécessaires afin de mieux comprendre les processus impliqués dans l'ajustement individuel et dyadique des patientes et de leur partenaire à la maladie.

Les objectifs fixés au commencement de cette étude ont été atteints. En effet, nous avons pu étudier l'évolution temporelle du vécu de la maladie par le couple grâce à nos six temps de mesure et cela est un point fort de notre travail.

Nous avons également étudié le rôle de nombreuses variables évaluées par les partenaires sur l'ajustement des patientes à la maladie, mais aussi le rôle des variables évaluées par les patientes sur l'ajustement de leur conjoint, ceci à l'aide d'une méthode peu répandue mais amenée à se développer : les analyses dyadiques. S'intéresser à ces relations interindividuelles est encore assez rare de nos jours. Les chercheurs ont surtout travaillé sur l'ajustement des patients d'un côté et des aidants de l'autre. Appréhender les deux simultanément, en tant que couple, semble logique mais reste difficile à mettre en œuvre.

Le modèle transactionnel et systémique proposé à la fin notre première partie semble prometteur. De nouvelles recherches seront donc nécessaires pour le tester dans son ensemble. Il serait aussi intéressant d'évaluer au travers de ce modèle l'impact de variables psychosociales sur l'évolution du cancer du sein. Cela constituera une prochaine étape à nos travaux de recherche.

Enfin, ce modèle pourrait également être appliqué à d'autres types de cancers, d'autres pathologies ou encore tout événement de vie hautement stressant pour le couple. Nous souhaitons que cette recherche ouvre la voie à d'autres travaux similaires.

## BIBLIOGRAPHIE

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., Haes, De, C. J. M., Kaasa, S., Klee, M., Osaba, D., Razavi, D., Rofe, P. B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 : a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376
- Absetz, P., Aro, A.R., Sutton, S.R. (2003). Experience with breast cancer, pre-screening perceived susceptibility and the psychological impact of screening. *Psycho-Oncology*, 12, 305-318.
- Akechi, T., Fukue-Saeki, M., Kugaya, A., Okamura, H., Nishiwaki, Y., Yamawaki, S., Uchitomi, Y. (2000). Psychometric properties of the Japanese version of the mental adjustment to cancer (MAC) scale. *Psycho-Oncology*, 9(5), 395-401.
- Al-Azri, M., Al-Awisi, H., Al-Moundhri, M. (2009). Coping with a diagnosis of breast cancer – Literature review and implications for developing countries. *The Breast Journal*, 15(6), 615-622.
- Alder, J., Bitzer, J. (2003). Retrospective evaluation of the treatment for breast cancer: how does the patient's personal experience of the treatment affect later adjustment to the illness? *Archives of Women's Mental Health*, 6, 91-97.
- Alferi, S.M., Carver, C.S., Antoni, M.H., Weiss, S., Durán, R.E. (2001). An exploratory study of social support, distress, and life disruption among low-income Hispanic women under treatment for early stage breast cancer. *Health Psychology*, 20(1), 41-46.
- Allen, J.D., Savadatti, S., Levy, A.G. (2009). The transition from breast cancer 'patient' to 'survivor.' *Psycho-Oncology*, 18(1), 71-78.
- Allen, S.M., Shah, A.C., Nezu, A.M., Ciambone, D., Hogan, J., Mor, V. (2002). A problem-solving approach to stress reduction among younger women with breast carcinoma. A randomized controlled trial. *Cancer*, 94, 3089-3100.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV)*, Washington.
- Anagnostopoulos, F., Kolokotroni, P., Spanea, E., Chrysochoou, M. (2006). The Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) scale: Construct validation with a greek sample of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15(1), 79-89.
- Anderson, D., Bilodeau, B., Deshaies, G., Gilbert, M., Jobin, J. (2005). Validation canadienne-française du "MOS Social Support Survey." *Canadian Journal of Cardiology*, 21(10), 867-873.
- Ando, N., Iwamitsu, Y., Kuranami, M., Okazaki, S., Wada, M., Yamamoto, K., Todoroki, K., Watanabe, M., Miyaoka, H. (2009). Psychological characteristics and subjective symptoms as determinants of psychological distress in patients prior to breast cancer diagnosis. *Supportive Care in Cancer*, 17(11), 1361-1370.
- Andrykowski, M.A., Cordova, M.J. (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer : test of the Andersen model. *Journal of Traumatic Stress*, 11(2), 189-203.
- Andrykowski, M.A., Schmidt, J.E., Salsman, J.M., Beacham, A.O., Jacobsen, P.B. (2005). Use of a case definition approach to identify cancer-related fatigue in women undergoing adjuvant therapy for breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(27), 6613-6622.
- Antoine, P., Christophe, V., Nandrino, J.-L. (2008). Echelle d'ajustement dyadique: intérêt clinique d'une révision et validation d'une version abrégée. *L'Encéphale*, 34(4), 38-46.

- Antoni, M.H., Lehman, J.M., Kilbourn, K.M., Boyers, A.E., Culver, J.L., Alferi, S.M., Yount, S.E., McGregor, B.A., Arena, P.L., Harris, S.D., Price, A.A., Carver, C.S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology, 20*(1), 20-32.
- Arena, P.L., Carver, C.S., Antoni, M.H., Weiss, S., Ironson, G., Durán, R.E. (2006). Psychosocial responses to treatment for breast cancer among lesbian and heterosexual women. *Women and Health, 44*(2), 81-102.
- Arnold, E. M. (1999). The cessation of cancer treatment as a crisis. *Social Work in Health Care, 29*(2), 21-38.
- Arora, N.K., Gustafson, D.H., Hawkins, R.P., McTavish, F., Cella, D.F., Pingree, S., Mendenhall, J.H., Mahvi, D.M. (2001). Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma. A prospective study. *Cancer, 92*(5), 1288-1298.
- Arora, N.K., Finney Rutten, L.J., Gustafson, D.H., Moser, R., Hawkins, R.P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology, 16*(5), 474-486.
- Arrindell, W.A., Emmelkamp, P.M.G., Bast, S. (1983). The Maudsley marital questionnaire (MMQ): A further step towards its validation. *Personality and Individual Differences, 4*(5), 457-464.
- Avci, I.A., Okanli, A., Karabulutlu, E., Bilgili, N. (2009). Women's marital adjustment and hopelessness levels after mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing, 13*, 299-303.
- Badr, H., Acitelli, L.K. (2005). Dyadic adjustment in chronic illness: does relationship talk matter? *Journal of Family Psychology, 19*(3), 465-469.
- Baider, L., Kaplan De-Nour, A. (1988). Adjustment to cancer : who is the patient – the husband or the wife ? *Israël Journal of Medical Sciences, 24*(9-10), 631-636.
- Baider, L. (1995). Psychological intervention with couples after mastectomy. *Support Care Cancer, 3*(4), 239-243.
- Baider, L., Walach, N., Perry, S., Kaplan De-Nour, A. (1998). Cancer in married couples: higher or lower distress? *Journal of Psychosomatic Research, 45* (3), 239-248.
- Baider, L., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Wygoda, M. R., Peretz, T. (2003). Is perceived family support a relevant variable in psychological distress? A sample of prostate and breast cancer couples. *Journal of Psychosomatic Research, 55*(5), 453-460.
- Baider, L., Andritsch, E., Goldzweig, G., Uziely, B., Ever-Hadani, P., Hofman, G., Krenn, G., Samonigg, H. (2004). Changes in psychological distress of women with breast cancer in long-term remission and their husbands. *Psychosomatics, 45*, 58-68.
- Baillargeon, J., Dubois, G., Marineau, R. (1986). Traduction française de l'échelle d'ajustement dyadique. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 18*, 25-34.
- Barreau, B., Tastet, S., Picot, V., Henriquès, C., Valentin, F., Gilles, R., Dilhuydy, M.-H. (2005). Le vécu psychologique de la procédure de prélèvements percutanés du sein. Etude quasi-prospective à propos de 73 cas. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 33*(3), 129-139.
- Barrera, M., Sandler, I.N., Ramsey, T.B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: studies on college students. *American Journal of Community Psychology, 9*, 435-447.
- Barrera, M. J., Ainlay, S. L. (1983). The structure of social support: a conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology, 11*(2), 133-43.

- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Batchelor, D. (2001). Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care--a literature study. *European Journal of Cancer Care*, 10(3), 147-163.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbauch, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archive General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Beck, A.T., Clark, D.A. (1988). Anxiety and depression: an information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-36.
- Beck, A.T., Clark, D.A. (1997). An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behaviour Research And Therapy*, 35 (1), 49-58.
- Ben-Zur, H., Gilbar, O., Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63, 32-39.
- Beral, V. (1997). Breast cancer and hormone replacement therapy: Collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. *Lancet*, 350 (9084), 1047-1059.
- Berger, A.M., Walker, S.N. (2001). An explanatory model of fatigue in women receiving adjuvant breast cancer chemotherapy. *Nursing Research*, 50(1),42-52.
- Bergner, M., Bobbit, R. A., Carter, W. B., Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile : development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805.
- Bigatti, S.M., Wagner, C.D., Lydon-Lam, J.R., Steiner, J.L., Miller, K.D. (In Press). Depression in husbands of breast cancer patients: relationships to coping and social support. *Supportive Care in Cancer*, 1-12.
- Bleiker, E.M.A., Pouwer, F., Van Der Ploeg, H.M., Leer, J-W.H., Adèr, H.J. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer : frequency and prediction. *Patient Education and Counseling*, 40, 209-217.
- Blier, M.J., Blier-Wilson, L.A. (1989). Gender differences in self-rated emotional expressiveness. *Sex Roles*, 21(3/4), 287-295.
- Bloom, J.R. (1982). Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Social Science and Medicine*, 16(14), 1329-1338.
- Bloom, J.R., Spiegel, D. (1984). The relationship of the two dimensions of social support to the well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science and Medicine*, 19, 831-837.
- Bloom, J.R., Pendergrass, S.M., Burnell, G.M. (1984). Social functioning of women with breast cancer: validation of a clinical scale. *Journal of Psychological Oncology*, 2, 93-101.
- Bloom, J.R., Stewart, S.L., Johnston, M., Banks, P., Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science and Medicine*, 53(11), 1513-1524.
- Bodenmann, G. (1995). A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples. *Swiss Journal of Psychology*, 54(1), 34-49.
- Bodenmann, G. (1997). Dyadic coping: a systemic-transactional view of stress and coping among couples: theory and empirical findings. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 47, 137-140.
- Bodenmann, G., Cina, A. (2000). Stress und Coping als Prädiktoren für Scheidung: Eine prospektive Fünf-Jahres-Längsschnittstudie. *Zeitschrift für Familien forschung*, 12, 5-20.
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T.A.. Revenson, K. Kayser and G. Bodenmann. *Couples Coping With Stress. Emerging Perspectives on Dyadic Coping*, Washington DC, American Psychological Association.

- Bodenmann, G., Cina, A. (2005). Stress and coping among stable-satisfied, stable-distressed and separated/divorced swiss couples: a 5-year prospective longitudinal study. *Journal of Divorce and Remarriage*, 44(1/2), 71-89.
- Bodenmann, G., Pihet, S., Kayser, K. (2006). The relationship between dyadic coping and marital quality: a two-year longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 485-493.
- Bodenmann, G. (2008). *Dyadisches Coping Inventar (DCI)*. Testhandbuch, Bern, Huber & Hogrefe Testverlag.
- Boehmke, M.M., Dickerson, S.S. (2005). Symptom, symptom experiences, and symptom distress encountered by women with breast cancer undergoing current treatment modalities. *Cancer Nursing*, 28(5), 382-389.
- Boehmke, M.M., Dickerson, S.S. (2006). The diagnosis of breast cancer : transition from health to illness. *Oncology Nursing Forum*, 33(6), 1121-1127.
- Bolger, N., Vinokur, A.D., Foster, M., Ng, R. (1996). Close relationships and adjustment to a life crisis: the case of breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 283-294.
- Bonaparte, M., Freud, A., Kris, E., trad. A. Berman. (1956). *La Naissance de la psychanalyse. Lettres à Wilhelm Fliess, notes et plans* (Aus den Anfängen der Psychoanalyse, 1887-1902), Paris: P.U.F.
- Brady, M. J., Cella, D. F., Bonomi, A. E., Tulskey, D. S., Lloyd, R. (1997). Reliability and validity of the functional assessment of cancer therapy-breast cancer quality of life instrument. *Journal of Clinical Oncology*, 15, 974-986.
- Bredal, I.S. (2010). The Norwegian version of the mini-mental adjustment to cancer scale: factor structure and psychometric properties. *Psycho-Oncology*, 19(2), 216-221.
- Breen, S.J., Baravelli, C.M., Schofield, P.E., Jefford, M., Yates, P.M., Aranda, S.K. (2009). Is symptom burden a predictor of anxiety and depression in patients with cancer about to commence chemotherapy? *The Medical Journal of Australia*, 190(7), S99-S104.
- Brintzenhofe-Szoc, K.M., Levin, T.T., Li, Y., Kissane, D.W., Zabora, J.R. (2009). Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. *Psychosomatics*, 50(4), 383-391.
- Broeckel, J.A., Jacobsen, P.B., Horton, J., Balducci, L., Lyman, G.H. (1998). Characteristics and correlates of fatigue after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16(5), 1689-1696.
- Browall, M., Gaston-Johansson, F., Danielson, E. (2006). Postmenopausal women with breast cancer: their experiences of the chemotherapy treatment period. *Cancer Nursing*, 29(1), 34-42.
- Browall, M., Persson, L.O., Ahlberg, K., Karlsson, P., Danielson, E. (2009). Daily assessment of stressful events and coping among post-menopausal women with breast cancer treated with adjuvant chemotherapy. *European Journal of Cancer Care*, 18, 507-516.
- Bruchon-Schweitzer, M., Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*, Paris, P.U.F.
- Bruchon-Schweitzer, M., Cousson, F., Quintard, B., Nuissier, J. (1996). French adaptation of the ways of coping checklist. *Perceptual and Motor Skills*, 83(1), 104-106.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*, Paris, Dunod.
- Brusilovskiy, E., Mitstifer, M., Salzer, M.S. (2009). Perceived partner adaptation and psychosocial outcomes for newly diagnosed stage I and stage II breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27(1), 42-58.

- Budin, W.C., Hoskins, C.N., Haber, J., Sherman, D.W., Maislin, G., Cater, J.R., Cartwright-Alcarese, F., Kowalski, M.O., McSherry, C.B., Fuerbach, R., Shukla, S. (2008). Breast cancer : education, counseling, and adjustment among patients and partners : a randomized clinical trial. *Nursing Research*, 57(3), 199-213.
- Bugbee, M.E., Wellisch, D.K., Arnott, I.M., Maxwell, J.R., Kirsch, D.L., Sayre, J.W., Bassett, L.W. (2005). Breast core-needle biopsy: clinical trial of relaxation technique versus medication versus no intervention for anxiety reduction. *Radiology*, 234(1), 73-78.
- Bultz, B.D., Speca, M., Brasher, P.M., Geggie, P.H.S., Page, S.A. (2000). A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 9, 303-313.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330(7493), 702-705.
- Caffo, O., Amichetti, M., Ferro, A., Lucenti, A., Valduga, F., Galligioni, E. (2003). Pain and quality of life after surgery for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 80, 39-48.
- Cameron, L.D., Leventhal, H., Love, R.R. (1998). Trait anxiety, symptom perceptions, and illness-related responses among women with breast cancer in remission during a tamoxifen clinical trial. *Health Psychology*, 17(5), 459-469.
- Caplan, G. (1974). *Support Systems and Community Mental Health: lectures on concept development*. New-York, Behavioral Publications.
- Cappiello, M., Cunningham, R.S., Knobf, M.T., Erdos, D. (2007). Breast cancer survivors information and support after treatment. *Clinical Nursing Research*, 16(4), 278-293.
- Carter, R.E., Carter, C.A. (1993). Individual and marital adjustment in spouse pairs subsequent to mastectomy. *The American Journal of Family Therapy*, 21(4), 291-300.
- Carter, R.E., Carter, C.A., Siliunas, M. (1993). Marital adaptation and interaction of couples after a mastectomy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11(2), 69-81.
- Carter, E.A., McGoldrick, M. (1999). *The expanded family life cycle: individual, family, and social perspectives*. New York: Allyn & Bacon.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriga, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L., Clark, K. (1993). How coping mediates the effects of optimism on distress : a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107-123.
- Castellon, S.A., Ganz, P.A., Bower, J.E., Petersen, L., Abraham, L., Greendale, G.A. (2004). Neurocognitive performance in breast cancer survivors exposed to adjuvant chemotherapy and tamoxifen. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 26(7), 955-969.

- Cayrou, S., Dickès, P., Gauvain-Piquard, A., Dolbeault, S., Desclaux, B., Viala, A.L., Roge, B. (2001). Validation d'une version française de la MAC. *Psychologie et Psychométrie*, 22(3-4), 29-58.
- Cayrou, S., Dickès, P. (2002). *Manuel de validation de la Version française de l'échelle d'ajustement mental au cancer (Mental Adjustment to cancer)*. Paris: Editions et Applications Psychologiques.
- Cayrou, S., Dickès, P., Gauvain-Piquard, A., Rogé, B. (2003). The Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale : French replication and assessment of positive and negative adjustment dimensions. *Psycho-Oncology*, 12(1), 8-23.
- Cebeci, F., Yangin, H.B., Tekeli, A. (sous presse). Determination of changes in the sexual lives of young women receiving breast cancer treatment : a qualitative study. *Sexuality and Disability*, 1-10.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Srafian, B., Linn, E., Bononli, A. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale : development and validation of the general-measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11, 570-579.
- Chantler, M., Podbilewicz-Schuller, Y., Mortimer, J. (2005). Change in need for psychosocial support for women with early stage breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(2/3), 65-78.
- Cheng, K.K.F., Thompson, D.R., Ling, W.M., Chan, C.W.H. (2005). Measuring symptom prevalence, severity and distress of cancer survivors. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9(3-4), 154-160.
- Cherulnik, P.D. (1979). Sex differences in the expression of emotions in a structured social encounter. *Sex Roles*, 5(4), 413-424.
- Christophe, V., Rimé, B. (1997). Exposure to the social sharing of emotion: emotional impact, listener responses and secondary social sharing. *European Journal of Social Psychology*, 27, 37-54.
- Christophe, V., Corbeil, M., Servent, V., Vanlemmens, L., Pion, J.M., Humez, C., Vennin, P. (2003). Evaluation des supports écrits sur la compréhension des informations médicales en cancérologie. Exemple de la chimiothérapie adjuvante des cancers du sein. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4, 161-168.
- Christophe, V., Di Giacomo, J.-P. (2003). Est-il toujours bénéfique de partager ses expériences émotionnelles? Rôle du partenaire dans les situations de partage social des émotions. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 16(2), 99-124.
- Christophe, V. (2009). *Du partage social des émotions à la régulation émotionnelle. Vers des applications dans le domaine de la santé*, habilitation à diriger des recherches, Université Lille Nord de France – Université de Lille-III.
- Christophe, V., Antoine, P., Leroy, T., Delelis, G. (2009). Evaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle : la suppression expressive et la réévaluation cognitive. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 59, 59-67.
- Clifford, E., Clifford, M., Georgiade, N.G. (1980). Breast reconstruction following mastectomy: II. Marital characteristics of patients seeking the procedure. *Annals of Plastic Surgery*, 5(5), 344-346.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis, In A. Baum, S.E. Taylor et J.E., Singer, *Handbook of Psychology and Health*, Hillsdale, N.J., 253-267.
- Cohen, M. (2002). Coping and emotional distress in primary and recurrent breast cancer patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(3), 245-251.
- Collins, L.G., Nash, R., Round, T., Newman, B. (2004). Perceptions of upper-body problems during recovery from breast cancer treatment. *Support Care Cancer*, 12, 106-113.

- Collins, B., Mackenzie, J., Stewart, A., Bielajew, C., Verma, S. (2009). Cognitive effects of hormonal therapy in early stage breast cancer patients: a prospective study. *Psycho-Oncology*, 18(8), 811-821.
- Cook-Darzens, S. (2005). La thérapie familiale: de la multiplicité à l'intégration. *Pratiques Psychologiques*, 11, 169-183
- Cordova, M.J., Cunningham, L.L.C., Carlson, C.R., Andrykowski, M.A. (2001). Posttraumatic Growth Following Breast Cancer: A Controlled Comparison Study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185.
- Costanzo, E.S., Lutgendorf, S.K., Trehan, S., Robinson, C.B., Tewfik, F., Roman, S.L. (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*, 97(12), 1625-1631.
- Cotton, S.P., Levine, E.G., Fitzpatrick, C.M., Dold, K.H., Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8(5), 429-438.
- Cousson, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J., Rascle, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping: validation française de la WCC (Ways of Coping Checklist). *Psychologie Française*, 41(2), 155-163.
- Cousson-Gélie, F. (1997). *L'évolution différentielle de la maladie et de la qualité de vie de patientes atteintes d'un cancer du sein : rôle de certains facteurs psychologiques, biologiques et sociaux. Une étude semi-prospective en psychologie de la santé*, thèse de doctorat en psychologie, Université de Bordeaux-II.
- Cousson-Gélie, F. (2006). *Le processus de coping et son application à l'ajustement au cancer du sein : approches en Psychologie de la Santé*, habilitation à diriger des recherches, Université de Bordeaux-II.
- Cousson-Gélie, F., Barrault, M., De Castro, S., Segrestan, C., Quintric, C., Vega, A., Soum-Pouyalet, F., Giacomoni, C., Bussièrès, E., Tunon de Lara, C., Delefortrie, J., Rousvoal, A., Avril, A. (2009). *Perception du moral par les patients et les soignants. Impact des facteurs psychologiques et sociaux sur la qualité de vie et l'évolution du cancer du sein*, Rapport final pour l'Institut National du Cancer et le Laboratoire Lilly.
- Cousson-Gélie, F., Cosnefroy, O., Christophe, V., Segrestan-Crouzet, C., Merckaert, I., Fournier, E., Libert, Y., Lafaye, A., Razavi, D. (sous presse). The Ways of Coping Checklist (WCC) : Validation in French-speaking cancer patients. *Journal of Health Psychology*.
- Cowley, L., Heyman, B., Stanton, M., Milner, S.J. (2000) How women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer cope with their treatment: a risk management perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 314-321.
- Coyne, J.C., Smith, D.A.F. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: a contextual perspective on wives' distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 404-412.
- Cull, A. (1990). Psychological aspects of cancer and chemotherapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 34(2), 129-140.
- Dalton, W.T., Nelson, D.V., Brobst, J.B., Lindsay, J.E., Friedman, L.C. (2007). Psychosocial variables associated with husbands' adjustment three months following wives' diagnosis of breast cancer. *Journal of Cancer Education*, 22, 245-249.
- Danhauer, S.C., Crawford, S.L., Farmer, F., Avis, N.E. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 371-379.
- Daune, F. (1995). Aspects psychologiques du cancer du sein. *Revue médicale de Bruxelles*, 16, 245-247.

- Davis, C.S., Zinkand, J.E., Fitch, M.I. (2000). Cancer treatment-induced menopause: meaning for breast and gynecological cancer survivors. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 10(1), 14-21.
- Davis-Ali, S.H., Chesler, M.A., Chesney, B.K. (1993). Recognizing cancer as a family disease: worries and support reported by patients and spouses. *Social Work in Health Care*, 19(2), 45-65.
- Day, R., Ganz, P.A., Costantino, J.P. (2001). Tamoxifen and depression: more evidence from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project's Breast Cancer Prevention (P-1) randomized study. *Journal of the National Cancer Institute*, 93(21), 1615-1623.
- Den Oudsten, B.L., Van Heck, G.L., Van der Steeg, A.F.W., Roukema, J.A., De Vries, J. (2010). Personality predicts perceived availability of social support and satisfaction with social support in women with early stage breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 18(4), 499-508.
- Derogatis, L.R. (1983). *Administration, Scoring and Procedure Manual-II*. Towbon, M.D., Clinical Psychometric Research.
- Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M.Y., Bayer, L., Taylor, M., Fisher, E. (2005). Ending treatment: the course of emotional adjustment and quality of life among breast cancer survivors immediately following radiation therapy. *Support Care Cancer*, 13, 1018-1026.
- Dorval, M., Maunsell, E., Taylor-Brown, J., Kilpatrick, M. (1999). Marital stability after breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 91(1), 54-59.
- Dorval, M., Guay, S., Mondor, M., Mâsse, B., Falardeau, M., Robidoux, A., Deschênes, L., Maunsell, E. (2005). Couples who get closer after breast cancer: frequency and predictors in a prospective investigation. *Journal of Clinical Oncology*, 23(15), 3588-3596.
- Dow, K.H., Ferrell, B.R., Leigh, S., Ly, J., Gulasekaram, P. (1996). An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 39, 261-273.
- Dunkel-Schetter, C., Wortman, C. B. (1982). The interpersonal dynamics of cancer: Problems in social relationships and their impact on the patient. In H. S. Friedman & M. R. DiMatteo (Eds.), *Interpersonal issues in health care* (pp. 69-100). New York, Academic Press.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40(4), 77-98.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., Falke, R. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79-87.
- Edwards, B., Clarke, V. (2004). The psychological impact of a cancer diagnosis on families: the influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. *Psycho-Oncology*, 13(8), 562-576.
- Ekeberg, Ø., Skjauuff, H., Kåresen, R. (2001). Screening for breast cancer is associated with a low degree of psychological distress. *Breast*, 10(1), 20-4.
- Endler, N.S., Parker, J.D.A. (1992). The multidimensional assessment of coping : concepts, issues and measurement. In G.L. Van Heck, P. Bonaivto, I. Deary and W. Nowack. *Personality Psychology in Europe*, Amsterdam, Swets and Zetlinger.
- Endler, N.S., Courbasson, C.M.A., Fillion, L. (1998). Coping with cancer: the evidence for the temporal stability of the French-Canadian version of the Coping with Health Injuries and Problems (CHIP). *Personality and Individual Differences*, 25, 7 I 1-7 17.
- Endler, N.S., Parker, J.D.A. (2000). *Coping with Health Injuries and Problems: Manual*. Toronto: Multi-Health System.

- Erci, B., Karabulut, N. (2007). Appraising the self-assessed support needs of Turkish women with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 16(2), 137-143.
- Fann, J.R., Thomas-Rich, A.M., Katon, W.J., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B.A., Gralow, J. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry*, 30(2), 112-126.
- Feather, B.L., Wainstock, J.M. (1989). Perceptions of postmastectomy patients. Part I. The relationships between social support and network providers. *Cancer Nursing*, 12(5), 293-300.
- Feher, S., Maly, R.C. (1999). Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psycho-Oncology*, 8, 408-416.
- Feldman, B., Broussard, C.A. (2005). The influence of relational factors on men's adjustment to their partners' newly diagnosed breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(2/3), 23-43.
- Feldman, B., Broussard, C.A. (2006). Men's adjustment to their partners' breast cancer: a dyadic coping perspective. *Health and Social Work*, 31(2), 117-127.
- Fergus, K.D., Gray, R.E. (2009). Relationship vulnerabilities during breast cancer: patient and partner perspectives. *Psycho-Oncology*, 18(12), 1311-1322.
- Ferrell, B.R. (1993). Overview of breast cancer: quality of life. *Oncology Patient Care*, 3(3), 7-8.
- Ferrell, B.R., Dow, K.H., Leigh, S., Ly, J., Gulasekaram, P. (1995). Quality of life in long-term cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 22(6), 915-922.
- Ferrell, B.R., Grant, M., Funk, B., Garcia, N., Otis-Green, S., Schaffner, M.L. (1996). Quality of life in breast cancer. *Cancer Practice*, 4(6), 331-340.
- Ferrell, B.R., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., Garcia, N. (1997). Quality of life in breast cancer: Part I: Physical and social well-being. *Cancer Nursing*, 20(6), 398-408.
- Ferrell, B.R., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., Garcia, N. (1998). Quality of life in breast cancer: Part II: Psychological and spiritual well-being. *Cancer Nursing*, 21(1), 1-9.
- Ferrero, J., Barreto, M.P., Toledo, M. (1994). Mental adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: An exploratory study. *Psycho-Oncology*, 3(3), 223-232.
- Figueiredo, M.I., Fries, E., Ingram, K.M. (2004). The role of disclosure patterns and unsupportive social interactions in the well-being of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 13(2), 96-105.
- Filazoglu, G., Griva, K. (2008). Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychology, Health and Medicine*, 13(5), 559-573.
- Fillion, L., Kovacs, A., H., Gagnon, P., Endler, N.S. (2002). Validation of the shortened COPE for use with breast cancer patients undergoing radiation therapy. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 21(1), 17-34.
- Fitch, M.I., Gray, R.E., McGowan, T., Brunskill, I., Steggles, S., Sellick, S., Beziak, A., McLeese, D. (2003). Travelling, for radiation cancer treatment: patient perspectives. *Psycho-Oncology*, 12, 664-674.
- Fitch, M.I., Allard, M. (2007a). Perspectives of husbands of women with breast cancer: impact and response. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 17(2), 66-78.
- Fitch, M.I., Allard, M. (2007b). Perspectives of husbands of women with breast cancer: information needs. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 17(2), 79-90.
- Flahault, C., Godet, A., Dolbeault, S. (2007). Des symptômes au diagnostic, évaluation et prise en charge psychologique et psychiatrique : anxiété, dépression, troubles de personnalité, délirium. In S. Dolbeault, S. Dauchy, A. Brédart et S.M. Consoli. *La psycho-oncologie*, Paris, John Libbey Eurotext, 58-76.

- Fobair, P., O'Hanlan, K., Koopman, C., Classen, C., Dimiceli, S., Drooker, N., Warner, D., Davids, H.R., Loulan, J., Wallsten, D., Goffinet, D., Morrow, G., Spiegel, D. (2001). Comparison of lesbian and heterosexual women's response to newly diagnosed breast cancer. *Psycho-Oncology*, 10(1), 40-51.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process. Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Folkman, S., Lazarus, S.R. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Foot, G. Sanson-Fisher, R. (1995). Measuring the unmet needs of people living with cancer. *Cancer Forum*, 19(2), 131-135.
- Fournier, E., Christophe, V., Vanlemmens, L. (2009). Pertinence d'évaluer la qualité de vie des femmes jeunes et de leur partenaire en sénologie. *Bulletin du Cancer*, 96(5), 571-577.
- Foy, S., Rose, K. (2001). Men's experiences of their partner's primary and recurrent breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 5(1), 42-48.
- Francks, H.M., Roesch, S.C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 15(12), 1027-1037.
- Fredette, S.L. (1995). Breast cancer survivors: concerns and coping. *Cancer Nursing*, 18(1), 35-46.
- Fredman, S.J., Baucom, D.H., Gremore, T.M., Castellani, A.M., Kallman, T.A., Porter, L.S., Kirby, J.S., Claire Dees, E., Klauber-Demore, N., Peppercorn, J., Carey, L.A. (2009). Quantifying the recruitment challenges with couple-based interventions for cancer: applications to early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(1), 667-673.
- Freedman, T.G. (1994).. Social and cultural dimensions of hair loss in women treated for breast cancer. *Cancer Nursing*, 17(4), 334-341.
- Friedman, L.C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., Dulay, M.F., Liscum, K.R. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 595-603.
- Frith, A., Harcourt, D., Fussell, A. (2002). Anticipating an altered appearance: women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 385-391.
- Funch, D.P., Mettlin, C. (1982). The role of support in relation to recovery from breast surgery. *Social Science and Medicine*, 16(1), 91-98.
- Gall, T.L., Guirguis-Younger, M., Charbonneau, C., Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 1165-1178.
- Gallagher, J., Parle, M., Cairns, D. (2002). Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 7(3), 365-376.
- Gandek, B., Ware, J., E., Aaronson, N.K., Apolone, G., Bjorner, J.B., Brazier, J.E., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplege, A., Prieto, L., Sullivan, M. (1998). Cross-Validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1171-1178.

- Ganz, P.A., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M.L., Peterson, L. (1996). Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*, 38(2), 183-199.
- Ganz, P.A., Kwan, L., Stanton, A.L., Krupnick, J.L., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., Bower, J.E., Belin, T.R. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(5), 376-387.
- Garofalo, J.P., Choppala, S., Hamann, H.A., Gjerde, J. (2009). Uncertainty during the transition from cancer patient to survivor. *Cancer Nursing*, 32(4), E8-E14.
- Geinitz, H., Zimmermann, F.B., Thamm, R., Keller, M., Busch, R., Molls, M. (2004). Fatigue in patients with adjuvant radiation therapy for breast cancer: long-term follow-up. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 130(6), 327-333.
- Genero, N.P., Miller, J.B., Surrey, J., Baldwin, L.M. (1992). Measuring perceived mutuality in close relationships: validation of the mutual psychological development questionnaire. *Journal of Family Psychology*, 6(1), 36-48.
- Giese-Davis, J., Hermanson, K., Koopman, C., Weibel, D., Spiegel, D. (2000). Quality of couples' relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *Journal of Family Psychology*, 14(2), 251-266.
- Given, B., Given, C. W. (1992). Patient and family reaction to new and recurrent breast cancer. *Journal of the American Medical Women's Association*, 47(5), 201-206, 212.
- Glanz, K., Lerman, C. (1992). Psychosocial impact of breast cancer : a critical review. *Annals of Behavioral Medicine*, 14(3), 204-212.
- Gmelch, S., Bodenmann, G., Meuwly, N., Ledermann, T., Steffen-Sozinova, O., Striegl, K. (2008). Dyadisches Coping Inventar (DCI). Ein Fragebogen zur Erfassung des partnerschaftlichen Umgangs mit Stress. *Zeitschrift für Familienforschung*, 2, 185-202.
- Goodwin, P.J., Ennis, M., Bordeleau, L.J., Pritchard, K.I., Trudeau, M.E., Koo, J., Hood, N. (2004). Health-related quality of life and psychosocial status in breast cancer prognosis: Analysis of multiple variables. *Journal of Clinical Oncology*, 22(20), 4184-4192.
- Grassi, L., Buda, P., Cavana, L., Annunziata, M.A., Torta, R., Varetto, A. (2005). Styles of coping with cancer: The Italian version of the mini-mental adjustment to cancer (Mini-MAC) scale. *Psycho-Oncology*, 14(2), 115-124.
- Graydon, J.E. (1994). Women with breast cancer: their quality of life following a course of radiation therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 19(4), 617-622.
- Graziani, P., Rusinek, S., Servant, D., Hautekeete-Sence, D., Hautekeete, M. (1998). Validation française du questionnaire de coping "way of coping check-list-revised" (W.C.C.-R.) et analyse des événements stressants du quotidien. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 8(3), 100-112.
- Graziani, P. (2003). *Anxiété et troubles anxieux*, Collection 128, Nathan.
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K.W. (1979). Psychological response to breast cancer. *Lancet*, 13, 785-787.
- Greer, S., Watson, M. (1987). Mental adjustment to cancer : its measurement and prognostic importance. *Cancer Surveys*, 6, 439-453.
- Greer, S., Moorey, S., Watson, M. (1989). Patients adjustment to cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 373-377.
- Greimel, E., Thiel, I., Peintinger, F., Cegnar, I., Pongratz, E. (2002). Prospective assessment of quality of life of female cancer patients. *Gynecologic Oncology*, 85(1), 140-147

- Guelfi, J. D. (1993). Psychopathologie générale, Dépression, Anxiété et Anxiodépression. In *Evaluation Clinique Standardisée en Psychiatrie* (Vol. 1). Boulogne: Edition Médicales Pierre Fabre.
- Halkett, G.K.B., Kristjanson, L.J., Lobb, E.A. (2008). 'If we get too close to your bones they'll go brittle': women's initial fears about radiotherapy for early breast cancer. *Psycho-Oncology*, 17, 877-884.
- Hannum, J.W., Giese-Davis, J., Harding, K., Hatfield, A.K. (1991). Effects of individual and marital variables on coping with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, 1-20.
- Harrow, A., Wells, M., Barbour, R.S., Cable, S. (2008). Ambiguity and uncertainty: the ongoing concerns of male partners of women treated for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 349-356.
- Hartmann, A. (2007). *Etude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leur « accompagnant-référent »*, thèse de doctorat en psychologie, Université de Haute-Bretagne Rennes-II.
- Hartmann, A., Bonnaud-Antignac, A., Cercle, A., Dabouis, G., Dravet, F. (2007). Coping et changement face au cancer du sein : le point de vue des patientes et de leurs accompagnants. *Pratiques Psychologiques*, 13, 169-183.
- Hartmann, A. (2009). Les aidants naturels : quelles propositions d'accompagnement psychologique, émotionnel, cognitif et comportemental? *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 19, 159-162.
- Hautekeete, M. (2004). Principes généraux des thérapies cognitives. In B. Samuel-Lajeunesse, C. Mirabel-Sarron, L. Vera, F. Mehran et al., *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*, Paris, Dunod, chap. 2, 25-57.
- Hauwel-Fantini, C., Pedinielli, J.-L. (2008). De la non-expression à la surexpression des émotions ou comment l'expérience émotionnelle repose la question des liens entre sexe alexithymie et repression. *Annales Médico-Psychologiques*, 166(4), 277-284.
- Heim, E., Valach, L., Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation : longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59(4), 408-418.
- Helgeson, V., Cohen, S., Schultz, R., Yasko, J. (1999). Education and peer discussion group interventions and adjustment to breast cancer. *Archives of General Psychiatry*, 56(4), 340-347.
- Helms, R.L., O'Hea, E.L., Corso, M. (2008). Body image issues in women with breast cancer. *Psychology, Health and Medicine*, 13(3), 313-325.
- Hendrick, S.S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 93-98.
- Hendrick, S.S., Dicke, A., Hendrick, C. (1998). The relationship assessment scale. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 137-142.
- Hilton, B.A. (1989). The relationship of uncertainty, control, commitment, and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 12 (1), 39-54.
- Hilton, B.A. (1993). Issues, problems and challenges for families coping with breast cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 9(2), 88-100.
- Hilton, B.A., Crawford, J.A., Tarko, M.A. (2000). Men's perspectives on individual and family coping with their wives' breast cancer and chemotherapy. *Western Journal of Nursing Research*, 22(4), 438-459.
- Hinnen, C., Hagedoorn, M., Sanderman, R., Ranchor, A.V. (2007). The role of distress, neuroticism and time since diagnosis in explaining support behaviors in partners of women with breast cancer: results of a longitudinal analysis. *Psycho-Oncology*, 16, 913-919.

- Hinnen, C., Ranchor, A.V., Sanderman, R., Snijders, T.A.B., Hagedoorn, M., Coyne, J.C. (2008). Course of distress in breast cancer patients, their partners, and matched control couples. *Annals of Behavioral Medicine*, 36, 141-148.
- Ho, S.M.Y., Fung, W.K., Chan, C.L.W., Watson, M., Tsui, Y.K.Y. (2003). Psychometric properties of the Chinese version of the Mini-Mental Adjustment to cancer (Mini-MAC) scale. *Psycho-Oncology*, 12(6), 547-556.
- Ho, R.T.H., Chan, C.L.W., Ho, S.M.Y. (2004). Emotional control in chinese female cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(11), 808-817.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hobfoll, S.E. (2002). Social and Psychological Resources and Adaptation. *Review of General Psychology*, 6(4), 307-324.
- Hodgkinson, K., Butow, P., Hunt, G.E., Wyse, R., Hobbs, K.M., Wain, G. (2007a). Life after cancer: couples' and partners' psychological adjustment and supportive care needs. *Support Care Cancer*, 15, 405-415.
- Hodgkinson, K., Butow, P., Hunt, G.E., Pendlebury, S., Hobbs, K.M., Lo, S.K., Wain, G. (2007b). The development and evaluation of a measure to assess cancer survivors' unmet supportive care needs: the CaSUN (Cancer Survivors' Unmet Needs measure). *Psycho-oncology*, 16(9), 796-804.
- Hodgkinson, K., Butow, P., Hobbs, K.M., Hunt, G.E., Lo, S.K., Wain, G (2007c). Assessing unmet supportive care needs in partners of cancer survivors: The development and evaluation of the Cancer Survivors' Partners Unmet Needs measure (CaSPUN). *Psycho-Oncology*, 16, 805-813.
- Hoga, L.A., Mello, D.S., Dias, A.F. (2008). Psychosocial perspectives of the partners of breast cancer patients treated with a mastectomy: an analysis of personal narratives. *Cancer Nursing*, 31(4), 318-325.
- Holland, J.C. (1999). NCCN Practice guidelines for the management of psychological distress. *Oncology*, 13, 459-507.
- Holland, K.D., Holahan, C.K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, 18(1), 15-29.
- Holmberg, S.K., Scott, L.L., Alexy, W., Fife, B.L. (2001). Relationship issues of women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 24(1), 53-60.
- Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Moschen, R., Schweigkofler, H., Dunser, M., Margreiter, R., Fleischhacker, W.W., Sperner-Unterweger, B. (2001). Quality of life in breast cancer patients: not enough attention for long-term survivors? *Psychosomatics*, 42(2), 117-123.
- Horowitz, M., Wilner, M., Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective Stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Hoskins, C.N. (1995a). Adjustment to breast cancer in couples. *Psychological Reports*, 77(2), 435-454.
- Hoskins, C.N. (1995b). Patterns of adjustment among women with breast cancer and their partners. *Psychological Reports*, 77(3-1), 1017-1018.
- Hoskins, C. N., Baker, S., Sherman, D., Bohlander, J., Bookbinder, M., Budin, W., Ekstrom, D., Knauer, C., Maislin, G. (1996a). Social support and patterns of adjustment to breast cancer. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice : An International Journal*, 10(2), 99-123.
- Hoskins, C.N., Baker, S., Budin, W., Ekstrom, D., Maislin, G., Sherman, D., Steelman-Bohlander, J., Bookbinder, M., Knauer, C. (1996b). Adjustment among husbands of women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 14(1), 41-69.

- Hoskins, C.N. (2001). Promoting adjustment among women with breast cancer and their partners: a program of research. *JNY State Nurses Association*, 32(2), 19-23.
- Hoskins, C.N., Haber, J., Budin, W.C., Cartwright-Alcares, F., Kowalski, M.O., Panke, J., Maislin, G. (2001). Breast cancer: education, counseling, and adjustment – a pilot study. *Psychological Reports*, 89(3), 677-704.
- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Hu, Y., Gu, P., Zhang, X.-J. (2009). Effectiveness of rehabilitation program on shoulder function of breast cancer patients after mastectomy : a systematic review. *Chinese Journal of Evidence-Based Medicine*, 9(1), 42-54.
- Hughes, J. (1982). Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 26(2), 277-283.
- Hunter, M.S., Grunfeld, E.A., Mittal, S., Sikka, P., Ramirez, A.-J., Fentiman, I., Hamed, H. (2004). Menopausal symptoms in women with breast cancer: prevalence and treatment preferences. *Psycho-Oncology*, 13(11), 769-778.
- INCa (2008). <http://www.e-cancer.fr/v1> - Institut National Du Cancer /Validé par le Pr Xavier Pivot, Besançon.
- Ingram, K.M., Betz, N.E., Mindes, E.J., Schmitt, M.M., Smith, N.G. (2001). Unsupportive responses from others concerning a stressful life event: development of the unsupportive social interactions inventory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(2), 173-207.
- Inoue, S., Saeki, T., Mantani, T., Okamura, H., Yamawaki, S. (2003). Factors related to patient's mental adjustment to breast cancer : patient characteristics and family functioning. *Supportive Care in Cancer*, 11(3), 178-184.
- Irvine, D.M., Vincent, L., Graydon, J.E., Bubela, N. (1998). Fatigue in women with breast cancer receiving radiation therapy. *Cancer Nursing*, 21(2), 127-135.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Kodama, M., Okawa, M. (2003). Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(3), 289-294.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., Buck, R. (2005). The relation between negative emotional suppression and emotional distress in breast cancer and treatment. *Health Communication*, 18(3), 201-215.
- Jadoulle, V., Robkani, L., Ogez, D., Maccioni, J., Lories, G., Bruchon-Schweitzer, M., Constant, A. (2006). Coping and adapting to breast cancer: a six-month perspective study. *Bulletin du Cancer*, 93(7), E67-72.
- Jamison, K.R., Wellish, D.K., Pasnau, R.O. (1978). Psychosocial aspects of mastectomy. I. The women's perspective. *American Journal of Psychiatry*, 136, 432-436.
- Jenkins, V., Shilling, V., Fallowfield, L., Howell, A., Hutton, S. (2004). Does hormone therapy for the treatment of breast cancer have a detrimental effect on memory and cognition? A pilot study. *Psycho-Oncology*, 13 (1), 61-66.
- Jim, H.S., Richardson, S.A., Golden-Kretz, D.M., Andersen, B.L. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, 25(6), 753-761.
- Jim, H.S., Andrykowski, M.A., Munster, P.N., Jacobsen, P.B. (2007). Physical symptoms/side effects during breast cancer treatment predict posttreatment distress. *Annals of Behavioral Medicine*, 34(2), 200–208.
- Julkunen, J., Gustavsson-Lilius, M., Hietanen, P. (2009). Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(3), 235-244.

- Kadmon, I., Ganz, F.D., Rom, M., Woloski-Wruble, A.C. (2008). Social, marital, and sexual adjustment of Israeli men whose wives were diagnosed with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 35(1), 131-135.
- Kang, J.I., Chung, H.C., Kim, S.J., Choi, H.J., Ahn, J.B., Jeung, H.C., Namkoong, K. (2008). Standardization of the Korean version of mini-mental adjustment to cancer (K-Mini-MAC) scale: Factor structure, reliability and validity. *Psycho-Oncology*, 17(6), 592-597.
- Karademas, E.C., Argyropoulou, K., Karvelis, S. (2007). Psychological symptoms of breast cancer survivors: a comparison with matched healthy controls and the association with cancer-related stress and coping. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25(3), 59-74.
- Karney, B.R., Bradbury, T.N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: a review of theory, method and research. *Psychological Bulletin*, 118(1), 3-34.
- Kashy, D. A., Snyder, D. K. (1995). Measurement and data analytic issues in couples research. *Psychological Assessment*, 7, 338-348.
- Kayser, K., Sormanti, M., Strainchamps, E. (1999). Women coping with cancer. The influence of relationship factors on psychosocial adjustment. *Psychology of women quarterly*, 23, 725-739.
- Kayser, K., Watson, L.E., Andrade, J.T. (2007). Cancer as a “We-Disease”: examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems and Health*, 25(4), 404-418.
- Kayser, K., Feldman, B.N., Borstelmann, N.A., Daniels, A.A. (2010). Effects of a randomized couple-based intervention on quality of life of breast cancer patients and their partners. *Social Work Research*, 34(1), 20-32.
- Keitel, M. A., Kopala, M. (2000). *Counseling Women with Breast Cancer. A Guide for Professionals*, Thousand Oaks, SAGE Publications.
- Kenny, D. A. (1996). Models of non-independence in dyadic research. *Journal of Social and Personal Relationships*, 13, 279-294.
- Kenny, D. A., Cook, W. (1999). Partner effects in relationship research: Conceptual issues, analytic difficulties, and illustrations. *Personal Relationships*, 6, 433-448.
- Kenny, D.A., Kashy, D.A., Cook, W.L. (2006). *Dyadic Data Analysis*, New-York, The Guilford Press.
- Kilpatrick, M.G., Kristjanson, L.J., Tataryn, D.J., Fraser, V.H. (1998). Information needs of husbands of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 25(9), 1595-1601.
- Kim, J., Han, J.Y., Shaw, B., McTavish, F., Gustafson, D. (2010). The roles of social support and coping strategies in predicting breast cancer patients’ emotional well-being: Testing mediation and moderation models. *Journal of Health Psychology*, 15(4), 543-552.
- Kim, Y., Kashy, D.A., Wellisch, D.K., Spillers, R.L., Kaw, C.K., Smith, T.G. (2008). Quality of life of couples dealing with cancer: dyadic and individual adjustment among breast and prostate cancer survivors and their spousal caregivers. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 230-238.
- Knopf, M.T. (2002). Carrying on: the experience of premature menopause in women with early stage breast cancer. *Nursing Research*, 51(1), 9-17.
- Knopf, M.T., Sun, Y (2005). A longitudinal study of symptoms and self-care activities in women treated with primary radiotherapy for breast cancer. *Cancer Nursing*, 28(3), 210-218.
- Koocher, G., O’Malley, J. (1981). *The Damocles Syndrome: Psychosocial Consequences of Surviving Childhood Cancer*. New-York: McGraw-Hill.

- Koopman, C., Hermanson, K., Diamond, S., Angell, K., Spiegel, D. (1998). Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7(2), 101-111.
- Koopman, C., Angell, K., Turner-Cobb, J.M., Kreshka, M.A., Donnelly, P., McCoy, R., Turkseven, A., Graddy, K., Giese-Davis, J., Spiegel, D. (2001). Distress, coping, and social support among rural women recently diagnosed with primary breast cancer. *The Breast Journal*, 7(1), 25-33.
- Kornblith, A. B. (1998). Psychosocial adaptation of cancer survivors. in J. C. Holland, *Psycho-oncology*, New York, Oxford University Press, 223-241.
- Kornblith, A.B., Herndon II, J.E., Zuckerman, E., Viscoli, C.M., Horwitz, R.I., Cooper, M.R., Harris, L., Tkaczuk, K.H., Perry, M.C., Budman, D., Norton, L., Holland, J.C. For the Cancer and Leukemia Group B. (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer*, 91(2), 443-454.
- Kornblith, A.B., Ligibel, J. (2003). Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Seminars in Oncology*, 30(6), 799-813.
- Kornblith, A.B., Regan, M.M., Kim, Y., Greer, G., Parker, B., Bennett, S., Winer, E. (2006). Cancer-related communication between female patients and male partners scale: a pilot study. *Psycho-Oncology*, 15(9), 780-794.
- Kuijjer, R.G., Ybema, J.F., Buunk, B.P., De-Jong, G.M., Thijs-Boer, F., Sanderman, R. (2000). Active engagement, protective buffering, and overprotection: Three ways of giving support by intimate partners of patients with cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 256-275.
- Kuijjer, R.G., Ybema, J.F., Buunk, B.P., De-Jong, G.M., Ybema, J.F., Sanderman, R. (2004). Effects of a brief intervention program for patients with cancer and their partners on feelings of inequity relationship quality and psychological distress. *Psycho-Oncology*, 13, 321-334.
- Kuo, H-H., Chiu, M-J., Liao, W-C., Hwang, S-L. (2006). Quality of sleep and related factors during chemotherapy in patients with stage I/II breast cancer. *Journal of Formosan Medical Association*, 105(1), 64-69.
- Lafaye, A. (2009). *Effets acteurs-partenaires du soutien social et des stratégies de coping sur la qualité de vie et les troubles anxio-dépressifs de patients atteints d'un cancer de la prostate et de leur conjointe*, thèse de doctorat en psychologie, Université de Bordeaux-II.
- Landmark, B.T., Strandmark, M., Wahl, A. (2002). Breast cancer and experiences of social support. In-depth interviews of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3), 216-223.
- Lauver, D.R., Connolly-Nelson, K., Vang, P. (2007). Stressors and coping strategies among female cancer survivors after treatments. *Cancer Nursing*, 30(2), 101-111.
- Lavery, J.F., Clarke, V.A. (1996). Causal attributions, coping strategies, and adjustment to breast cancer. *Cancer Nursing*, 19, 20-28.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*, New York, Mc Graw-Hill.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*, New York, Springer.
- Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., Devins, G.M. (2009). Emotional distress impacts fear of the future among breast cancer survivors not the reverse. *Journal of Cancer Survivorship*, 3(2), 117-127.
- Lee, E.-H. (2001). Fatigue and hope: relationships to psychosocial adjustment in Korean women with breast cancer. *Applied Nursing Research*, 14(2), 87-93.
- Lee, E.-H., Chung, B.Y., Park, H.B., Chun, K.H. (2004). Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(5), 425-433.

- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., Hatcher, M.B. (1997). Fear of cancer recurrence. A literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology*, 6(2), 95-105.
- Lemieux, J., Maunsell, E., Provencher, L. (2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psycho-Oncology*, 17, 317-328.
- Leplège, A., Ecosse, E., Verdier, A., Perneger, T.V. (1998). The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1013-1023.
- Leplège, A., Réveillère, C., Ecosse, E., Caria, A., Rivière, H. (2000). Psychometric properties of a new instrument for evaluating quality of life, the WHOQOL-26, in a population of patients with neuromuscular diseases. *L'Encephale*, 26(5), 13-22.
- Lepore, S.J., Glaser, D.B., Roberts, K.J. (2008). On the positive relation between received social support and negative affect: a test of the triage and self-esteem threat models in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 17(12), 1210-1215.
- Lethborg, C.E., Kissane, D., Burns, W.I. (2003). 'It's not the easy part': the experience of significant others of women with early stage breast cancer, at treatment completion. *Social Work in Health Care*, 37(1), 63-85.
- Lewis, F.M., Woods, N.F., Hough, E.E., Bensley, L.S. (1989). The family's functioning with chronic illness in the mother: the spouse's perspective. *Social Science and Medicine*, 29(11), 1261-1269.
- Lewis, F.M., Fletcher, K.A., Cochrane, B.B., Fann, J.R. (2008). Predictors of depressed mood in spouses of women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(9), 1289-1295.
- Lewis, F.M., Cochrane, B.B., Fletcher, K.A., Zahlis, E.H., Shands, M.E., Gralow, J.R., Wu, S.M., Schmitz, K. (2008). Helping Her Heal: a pilot study of an educational counseling intervention for spouses of women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 17, 131-137.
- Lewis, J.A., Manne, S.L., DuHamel, K.N., Vickburg, S.M., Bovbjerg, D.H., Currie, V., Winkel, G., Redd, W.H. (2001). Social support, intrusive thoughts, and quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(3), 231-245.
- Li, J., Lambert, V.A. (2007). Coping strategies and predictors of general well-being in women with breast cancer in the People's Republic of China. *Nursing and Health Sciences*, 9, 199-204.
- Liao, M.N., Chen, S.C., Chen, S.C., Chen, P.L. (2008). Uncertainty and anxiety during the diagnostic period for women with suspected breast cancer. *Cancer Nursing*, 31(4), 274-283.
- Libert, Y., Merckaert, I., Etienne, A.-M., Farvacques, C., Liénard, A., Messin, S. (2006). Les besoins psychosociaux et le soutien apporté aux patients atteints d'un cancer : une étude nationale belge. *Oncologie*, 8, 465-476.
- Lilla, C., Ambrosone, C.B., Kropp, S., Helmbold, I., Schmezer, P., Von Fournier, D., Haase, W., Sautter-Bihl, M.L., Wenz, F., Chang-Claude, J. (2007). Predictive factors for late normal tissue complications following radiotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Research Treatment*, 106, 143-150.
- Lindop, E., Cannon, S. (2001). Evaluating the self-assessed support needs of women with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 760-771.
- Link, L.B., Robbins, L., Mancuso, C.A., Charlson, M.E. (2005). How do cancer patients choose their coping strategies ? A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 58, 96-103.
- Livneh, H. (2000). Psychosocial adaptation to cancer: the role of coping strategies. *Journal of Rehabilitation*, 66(2), 40-49.

- Low, C.A., Stanton, A.L., Thompson, N., Kwan, L., Ganz, P.A. (2006). Contextual life stress and coping strategies as predictors of adjustment to breast cancer survivorship. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(3), 235-244.
- Lowe, J.B., Balanda, K.P., Del Mar, C., Hawes, E. (1999). Psychologic distress in women with abnormal findings in mass mammography screening. *Cancer*, 85(5), 1114-1118.
- Lu, W., Cui, Y., Chen, X., Zheng, Y., Gu, K., Cai, H., Zheng, W., Shu, X.-O. (2009). Changes in quality of life among breast cancer patients three years post-diagnosis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 114, 357-369.
- Lugton, J. (1997). The nature of social support as experienced by women treated for breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 25(6), 1184-1191.
- Luo, S., Chen, H., Yue, G., Zhang, G., Zhaoyang, R., Xu, D. (2008). Predicting marital satisfaction from self, partner, and couple characteristics : is it me, you, or us ? *Journal of Personality*, 76(5), 1231-1265.
- McCaul, K.D., Sandgren, A.K., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A., Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8(3), 230-236.
- McDaniel, S.H., Hepworth, J., Doherty, W.J. (1992). *Medical Family Therapy: a biopsychosocial approach to families with health problems*. New-York: Basic Books.
- McNair, D.M., Lorr, M., Droppelman, L.F. (1971). *Profile of Mood State Manual*. San Siego, CA : Edits.
- McNeely, M.L., Campbell, K.L., Rowe, B.H., Klassen, T.P., Mackey, J.R., Courneya, K.S. (2006). Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 175(1), 34-41.
- Makabe, R., Nomizu, T. (2006). Social support and psychological and physical states among Japanese patients with breast cancer and their spouses prior to surgery. *Oncology Nursing Forum*, 33(3), 651-655.
- Makabe, R., Nomizu, T. (2007). Social support and psychological and physical states among Japanese women with breast cancer before and after breast surgery. *Oncology Nursing Forum*, 34(4), 883-889.
- Manne, S.L., Zautra, A.J. (1990). Couples coping with chronic illness: women with rheumatoid arthritis and their healthy husbands. *Journal of Behavioral Medicine*, 13(4), 327-342.
- Manne, S.L., Sabbioni, M., Bovbjerg, D.H., Jacobsen, P.B., Taylor, K.L., Redd, W.H. (1994). Coping with chemotherapy for breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(1), 41-55.
- Manne, S.L., Taylor, K.L., Dougherty, J., Kemeny, N. (1997). Supportive and negative responses in the partner relationship: their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(2), 101-125.
- Manne, S., Schnoll, R. (2001) Measuring supportive and unsupportive responses during cancer treatment: a factor analytic assessment of the partner responses to cancer inventory. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(4), 297-321.
- Manne, S., Ostroff, J., Sherman, M., Glassman, M., Ross, S., Goldstein, L., Fox, K. (2003). Buffering effects of family and friend support on associations between partner unsupportive behaviors and coping among women with breast cancer. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(6), 771-792.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., Grana, G. (2004a). Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66, 442-454.
- Manne, S., Sherman, M., Ross, S., Ostroff, J., Heyman, R.E., Fox, K. (2004b). Couples' support-related communication, psychological distress, and relationship satisfaction

- among women with early stage breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 660-670.
- Manne, S.L., Ostroff, J., Winkel, G., Grana, G., Fox, K. (2005). Partner unsupportive responses, avoidant coping, and distress among women with early stage breast cancer: patient and partner perspectives. *Health Psychology*, 24(6), 635-641.
- Manne, S.L., Ostroff, J.S., Norton, T.R., Fox, K., Goldstein, L., Grana, G. (2006). Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(3), 234-247.
- Manning-Walsh, J. (2005). Social support as a mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34(4), 482-493.
- Mantani, T., Saeki, T., Inoue, S., Okamura, H., Daino, M., Kataoka, T., Yamawaki, S. (2007). Factors related to anxiety and depression in women with breast cancer and their husbands: role of alexithymia and family functioning. *Support Care in Cancer*, 15(7), 859-868.
- Manuel, J.C., Burwell, S.R., Crawford, S.L., Lawrence, R.H., Farmer, D.F., Hege, A., Phillips, K., Avis, N.E. (2007). Younger women's perceptions of coping with breast cancer. *Cancer Nursing*, 30(2), 85-94.
- Marcus, A.C., Garrett, K.M., Cella, B., Wenzel, L.B., Brady, M.J., Crane, L.A., McClatchey, M.V., Klushman, B.C., Pate-Willing, M. (1998). Telephone counseling of breast cancer patients after treatment: a description randomized clinical trial. *Psycho-Oncology*, 7, 470-482.
- Markes, M., Brockow, T., Resch, K.L. (2006). Exercise for women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), art No. CD 005001.
- Mast, M.E. (1998). Survivors of breast cancer: illness uncertainty, positive reappraisal, and emotional distress. *Oncology Nursing Forum*, 25(3), 555-562.
- Matthews, A.K., Peterman, A.H., Delaney, P., Menard, L., Brandenburg, D. (2002). A qualitative exploration of the experiences of lesbian and heterosexual patients with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29(10), 1455-1462.
- Matthews, E.E., Cook, P.F. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(7), 716-726.
- Maxwell, J.R., Bugbee, M.E., Wellisch, D., Shalmon, A., Sayre, J., Bassett, L.W. (2000). Imaging-guided core needle biopsy of the breast: study of psychological outcomes. *Breast Journal*, 6(1), 53-61.
- Maziade, J., Thomassin, L., Morin, R. (2001). Conséquences émotionnelles, physiques et sociales du dépistage du cancer du sein : fiabilité et utilité d'un questionnaire clinique. *Canadian Journal of Public Health*, 92(1), 57-61.
- Mehnert, A., Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(4), 383-391.
- Mesters, I., Van Den Borne, H., McCormick, L., Pruyn, J., De Boer, M, Imbos, T. (1997). Openness to discuss cancer in the nuclear family: scale, development, and validation. *Psychosomatic Medicine*, 59(3), 269-279.
- Meyerowitz, B.E., Sparks, P.C., Spears, I.K. (1979). Adjuvant chemotherapy for breast carcinoma: psychosocial implications. *Cancer*, 43(5), 1613-1618.
- Middelboe, T., Ovesen, L., Mortensen, E.L., Bech, P. (1994). Depressive symptoms in cancer patients undergoing chemotherapy: a psychometric analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61(3-4), 171-177.

- Millar, K., Purushotham, A.D., McLatchie, E., George, W.D., Murray, G.D. (2005). A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *Journal Of Psychosomatic Research*, 58(2), 335-342.
- Miller, S.M., Mangan, C.E. (1983). Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecologic stress: should the doctor tell all? *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(1), 223-236.
- Miranda, C-R., De Resende, C-N, Melo, C-F., Costa, A-L. Jr., Friedman, H. (2002). Depression before and after uterine cervix and breast cancer neoadjuvant chemotherapy. *International Journal of Gynecological Cancer*, 12(6), 773-776.
- Mitchell, G.W., Glicksman, A.S. (1977). Cancer patients: knowledge and attitude. *Cancer*, 40(1), 61-66.
- Mystakidou, K., Watson, M., Tsilika, E., Parpa, E., Primikiri, A, Katsouda, E., Vlahos, L. (2005). Psychometric analyses of the mental adjustment to cancer (MAC) scale in a Greek palliative care unit. *Psycho-Oncology*, 14(1), 16-24.
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental and Clinical Cancer Research*, 27:32.
- Monteiro-Grillo, I., Marques-Vidal, P., Jorge, M. (2005). Psychosocial effect of mastectomy versus surgery in patients with early breast cancer. *Clinical and Translational Oncology*, 7(11), 499-503.
- Montgomery, S.A., Ashberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Morgan, P.D., Fogel, J., Rose, L., Barnett, K., Mock, V., Davis, B.L., Gaskins, M., Brown-Davis, C. (2005). African american couples merging strengths to successfully cope with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32(5), 979-987.
- Morris, T., Greer, H.S., White, P. (1977). Psychological and social adjustment to mastectomy. *Cancer*, 40, 2381-2387.
- Mose, S., Budischewski, K.M., Rahn, A.N., Zander-Heinz, A.C., Bormeth, S., Böttcher, H.D. (2001). Influence of irradiation on therapy-associated psychological distress in breast carcinoma patients. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 51(5), 1328-1335.
- Moyer, A. (1997). Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: a meta-analytic review. *Health Psychology*, 16(3), 284-298.
- Müller, L., Spitz, E. (2003). Evaluation multidimensionnelle du coping: validation du Brief COPE sur une population française. *L'Encéphale*, 29(6), 507-518
- Mystakidou, K., Watson, M., Tsilika, E., Parpa, E., Primikiri, A., Katsouda, E., Vlahos, L. (2005). Psychometric analyses of the mental adjustment to cancer (MAC) scale in a Greek palliative care unit. *Psycho-Oncology*, 14(1), 16-24.
- Nausheen, B., Kamal, A. (2007). Familial social support and depression in breast cancer: an exploratory study on a Pakistani sample. *Psycho-Oncology*, 16(9), 859-862.
- Neuling, S.J., Winefield, H.R. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer: frequency and correlates of supportive behaviours by family, friends and surgeon. *Social Science and Medicine*, 27(4), 385-392.
- Nikoletti, S., Kristjanson, L.J., Tataryn, D., McPhee, I., Burt, L. (2003). Information needs and coping styles of primary family caregivers of women following breast cancer surgery. *Oncology Nursing Forum*, 30(6), 987-996.
- Nordin, K., Berglund, G., Terje, I., Glimelius, B. (1999). The mental adjustment to cancer scale – A psychometric analysis and the concept of coping. *Psycho-Oncology*, 8(3), 250-259.

- Normand, J., Lasry, J.-C., Margolese, R.G., Perry J.C., Fleiszer, D. (2004). Communication conjugale et symptômes dépressifs dans des couples dont la femme est atteinte de cancer du sein. *Bulletin du Cancer*, 91(2), 193-199.
- Northouse, L.L., Swain, M.A. (1987). Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Nursing Research*, 36(4), 221-225.
- Northouse, L.L. (1988). Social support in patients' and husbands' adjustment to breast cancer. *Nursing Research*, 37, 91-95.
- Northouse, L.L. (1989a). A longitudinal study of the adjustment of patients and husbands to breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16(4), 511-516.
- Northouse, L.L. (1989b). The impact of breast cancer on patients and husbands. *Cancer Nursing*, 12(5), 278-284.
- Northouse, L.L., Cracchiolo-Caraway, A., Appel, C.P. (1991). Psychologic consequences of breast cancer on partner and family. *Seminars in Oncology Nursing*, 7(3), 216-223.
- Northouse, L.L. (1992). Psychological impact of the diagnosis of breast cancer on the patient and her family. *Journal of the American Medical Women's Association*, 47(5), 161-164.
- Northouse, L.L., Templin, T., Mood, D., Oberst, M. (1998). Couples' adjustment to breast cancer and benign breast disease: a longitudinal analysis. *Psycho-Oncology*, 7, 37-48.
- Northouse, L.L., Templin, T., Mood, D. (2001). Couples' adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(2), 115-136.
- Nosarti, C., Roberts, J. V., Crayford, T., McKenzie, K., David, A. S. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients. A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1123-1130.
- Novy, D.M., Price, M., Huynh, P.T., Schuetz, A. (2001). Percutaneous core biopsy of the breast: correlates of anxiety. *Academic Radiology*, 8(6), 467-472.
- Ogce, F., Ozkan, S., Baltalarli, B. (2007). Psychosocial stressors, social support and socio-demographic variables as determinants of quality of life of Turkish breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 8(1), 77-82.
- Oliver, S.J., Toner, B.B. (1990). The influence of gender role typing on the expression of depressive symptoms. *Sex Roles*, 22(11/12), 775-790.
- Omne-Pontén, M., Holmberg, L., Bergström, R., Sjöden, P.O., Burns, T. (1993). Psychosocial adjustment among husbands of women treated for breast cancer; mastectomy vs. breast-conserving surgery. *European Journal of Cancer*, 29A(10), 1393-1397.
- Onen Sertöz, O., Elbi Mete, H., Noyan, A., Alper, M., Kapkaç, M. (2004). Effects of surgery type on body image, sexuality, self-esteem, and marital adjustment in breast cancer: a controlled study. *Turkish Journal of Psychiatry*, 15(4), 264-275.
- Osborne, R.H., Elsworth, G.R., Kissane, D.W., Burke, S.A., Hopper, J.L. (1999). The Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale: Replication and refinement in 632 breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 29(6), 1335-1345.
- Palesh, O.G., Shaffer, T., Larson, J., Edsall, S., Chen, X.-H., Koopman, C., Turner-Cobb, J.M., Kreshka, M.A., Graddy, K., Parsons, R. (2006). Emotional self-efficacy, stressful life events, and satisfaction with social support in relation to mood disturbance among women living with breast cancer in rural communities. *Breast Journal*, 12(2), 123-129.
- Palmer, S. C., Kagee, A., Coyne, J. C., DeMichele, A. (2004). Experience of trauma, distress, and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 258-264.

- Panagopoulou, E., Kersbergen, B., Maës, S. (2002). The effects of emotional (non-) expression in (chronic) disease: a meta-analytic review. *Psychology and Health, 17*(5), 529-545.
- Paradis, M., Consoli, S.M., Pelicier, N., Lucas, V., Andrieu, J.-M., Jian, R. (2009). Détresse psychosociale et communication à propos du cancer chez le partenaire malade et son conjoint. *L'Encéphale, 35*(2), 146-151.
- Parker, P.A., Youssef, A., Walker, S., Basen-Engquist, K., Cohen, L., Gritz, E.R., Wei, Q.X., Robb, G.L. (2007). Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Annals of Surgical Oncology, 14*(11), 3078-3089.
- Paskett, E.D., Herndon, J.E., Day, J.M., Stark, N.N., Winer, E.P., Grubbs, S.S., Pavy, M.D., Shapiro, C.L., List, M.A., Hensley, M.L., Naughton, M.A., Kornblith, A.B., Habin, K.R., Fleming, G.F., Bittoni, M.A. (2008). Applying a conceptual model for examining health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: CALGB study 79804. *Psycho-Oncology, 17*, 1108-1120.
- Paulhan, I. (1994). Les stratégies d'ajustement ou « coping ». In M. Bruchon-Schweitzer and R. Dantzer. Introduction à la psychologie de la santé, Paris, P.U.F.
- Pelusi, J. (1997). The lived experience of surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 24* (8), 1343-1353.
- Pennebaker, J.W., Susman, J.R. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social Science and Medicine, 26*(3), 327-332.
- Pennebaker, J.W. (1993). Social mechanisms of constraint. In D.M. Wegner and J.W. Pennebaker. *Handbook of mental control*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- Peters-Golden H. (1982). Breast cancer: varied perceptions of social support in the illness experience. *Social Science and Medicine, 6*(4), 483-491.
- Petrie, W., Logan, J., DeGrasse, C. (2001). Research review of the supportive care needs of spouses of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 28*(10), 1601-1607.
- Picard, L., Dumont, S., Gagnon, P., Lessard, G. (2005). Coping strategies among couples adjusting to primary breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 23*(2/3), 115-135.
- Pierce, G.R., Sarason, I.G., Sarason, B.R. (1996). Coping and social support. In M. Zeider and N.S. Endler. *Handbook of coping: theory, research, applications*, New York, John Wiley and Sons.
- Pineault, P. (2007). Breast cancer screening: women's experiences of waiting for further testing. *Oncology Nursing Forum, 34*(4), 847-853.
- Pistrang, N., Barker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science and Medicine, 40*(6), 789-797.
- Pistrang, N., Barker, C., Rutter, C. (1997). Social support as conversation: analysing breast cancer patients' interactions with their partners. *Social Science and Medicine, 45*(5), 773-782.
- Poole, K. (1997). The emergence of the "waiting game": a critical examination of the psychosocial issues in diagnosing breast cancer. *Journal of Advanced Nursing, 25*, 273-281.
- Pozo-Kaderman, C., Kaderman, R.A., Toonkel, R. (1999). The psychosocial aspects of breast cancer. *Nurse Practice Forum, 10*, 165-174.
- Ptacek, J.T., Ptacek, J.J., Dodge, K.L. (1994). Coping with breast cancer from the perspectives of husbands and wives. *Journal of Psychosocial Oncology, 12*(3), 47-71.
- Rabin, C. S. (2003). Post-treatment distress among breast cancer patients. *The sciences and Engineering, 63*(10-B), 4920.

- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale : A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements*, 1, 385-401.
- Ransom, S., Jacobsen, P.B., Schmidt, J.E., Andrykowski, M.A. (2005). Relationship of problem-focused coping strategies to changes in quality of life following treatment for early stage breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(3), 243-253.
- Rascle, N. (1994). Le soutien social dans la relation stress-maladie. In M. Bruchon-Schweitzer and R. Dantzer, *Introduction à la psychologie de la santé*, Paris, PUF.
- Rascle, N., Aguerre, C., Bruchon-Schweitzer, M., Nuissier, J., Quintard, B. (1997). Soutien social et santé : adaptation française du questionnaire de soutien social de Sarason, le SSQ. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 33(1), 35-51.
- Rascle, N., Irachabal, S. (2001). Médiateurs et modérateurs: implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *Le Travail Humain*, 64(2), 97-118.
- Rascle, N., Bruchon-Schweitzer, M., Sarason, I.G. (2005). Short form of Sarason's social support questionnaire: french adaptation and validation. *Psychological Reports*, 97, 195-202.
- Rayson, D. (2001). Adjuvant chemotherapy for women with young children: our patients as parents. *Journal of Clinical Oncology*, 19(1), 279-281.
- Rees, C.E., Bath, P.A., Lloyd-Williams, M. (1998). The information concerns of spouses of women with breast cancer: patients' and spouses' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1249-1258.
- Reich, M., Ait-Kaci, F., Sedda, A.-L. (2007). La détresse psychologique sous toutes ses formes. In S. Dolbeault, S. Dauchy, A. Brédart et S.M. Consoli. *La psychoncologie*, Paris, John Libbey Eurotext, 58-76.
- Revenson, T.A. (1994). Social support and marital coping with chronic illness. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 122-130.
- Reynaert, C., Libert, Y., Jacques, D., Godenir, F., Zdanowicz, N. (2006). *Cancer et dynamique de couple*. Louvain Medical, 125(10), S467-480.
- Reynolds, J.S. (2001). The role of social support in adjustment to breast cancer: the importance of support congruency. Dissertation Abstracts International: Section B. *The Sciences and Engineering*, 62(6-B), 2293.
- Reynolds, J.S., Perrin, N.A. (2004). Mismatches in social support and psychosocial adjustment to breast cancer. *Health Psychology*, 23(4), 425-430.
- Richer, M.C., Ezer, H. (2002). Living in it, living with it and moving on: dimensions of meaning during chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 29(1), 113-119 .
- Rimé, B. (2005). *Le partage social des émotions*. Paris, PUF.
- Rimer, B.K., Bluman, L.G. (1997). The psychosocial consequences of mammography. *Journal of the National Cancer Institute – Monographs*, 22, 131-138.
- Rivolier, J. (1989). *L'homme stressé*. Paris, PUF.
- Roberts, C.S., Cox, C.E., Shannon, V.J., Wells, N.L. (1994). A closer look at social support as a moderator of stress in breast cancer. *Health and Social Work*, 19(3), 157-164.
- Rocheftort, H., Rouëssé, J., Groupe de travail de la commission III (Cancérologie). (2008) Cancers du sein, incidence et prévention. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 192(1), 161-180.
- Rodrigue, J.R., Behen, J.M., Tumlin, T. (1994). Multidimensional determinants of psychological adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 3(3), 205-214.
- Rolland, J.S. (1987). Family illness paradigms: evolution and significance. *Family Systems Medicine*, 5(4), 482-503.
- Rolland, J.S. (2005). Cancer and the family: an integrative model. *Cancer*, 104(11), 2584-2595.

- Roothman, B., Kirsten, D.K., Wissing, M.P. (2003). Gender differences in aspects of psychological well-being. *South African Journal of Psychology*, 33(4), 212-218.
- Romero, C., Lindsay, J.E., Dalton, W.T., Nelson, D.V., Friedman, L.C. (2008). Husbands' perceptions of wives' adjustment to breast cancer: the impact on wives' mood. *Psycho-Oncology*, 17, 237-243.
- Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C., Koutri, I. (2007). Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy Research*, 31, 97-109.
- Sammarco, A. (2001). Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 24(3), 212-219.
- Sammarco, A., Konecny, L.M. (2008). Quality of life, social support, and uncertainty among latina breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 35(5), 844-849.
- Samms, M.C. (1999). The husband's untold account of his wife's breast cancer : a chronologic analysis. *Oncology Nursing Forum*, 26(8), 1351-1358.
- Sarafino, E. P. (1990). *Health Psychology : Biopsychosocial Interactions*, New York : Wiley.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 813-832.
- Sarason, I.G., Sarason, B., Shearin, E.N., Pierce, G.R. (1987). A brief measure of social support : practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.
- Schag, C. A. C., Heinrich, R. L., Ganz, P. A. (1989). The cancer rehabilitation evaluation system (CARES) : the short form (CARES-SF). *Process American Social and Clinical Oncology*, 8, 316.
- Schag, C.A., Ganz, P.A., Heinrich, R.L. (1991). CAncer Rehabilitation Evaluation System--short form (CARES-SF). A cancer specific rehabilitation and quality of life instrument. *Cancer*, 68(6), 1406-1413.
- Schildts, C.G., Rousseau, S.J. (2004). A pilot study of an intervention for breast cancer survivors and their spouses. *Family Process*, 43(1), 95-107.
- Schipper, H., Clinch, J., Mac Murray, A., Levitt, M. (1984). Measuring the quality of life of cancer patient : Functional Living Index-C : development and validation. *Journal of Clinical Oncology*, 2, 472-483.
- Schmid-Büchi, S., Halfens, R.J.G., Dassen, T., Van Den Borne, B. (In Press). Psychosocial problems and needs of posttreatment patients with breast cancer and their relatives. *European Journal of Oncology Nursing*. 1-7.
- Schnoll, R.A., MacKinnon, J.R., Stolbach, L., Lorman, C. (1995). The relationship between emotional adjustment and two factor structures of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale. *Psycho-Oncology*, 4(4), 265-272.
- Schnoll, R.A., Harlow, L.L., Brandt, U., Stolbach, L. (1998). Using two factor structures of the mental adjustment to cancer (MAC) scale for assessing adaptation to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7(5), 424-435.
- Schou, I., Ekeberg, Ø., Ruland, C.M. (2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psycho-Oncology*, 14, 718-727.
- Schraub, S., Mercier, M. (2002). Mesure de la qualité de vie. Concept, intérêt, instruments. In S. Schraub and T. Conroy. *Qualité de vie et cancérologie*, Paris, John Libbey Eurotext, 1-8.
- Schreier, A.M., Williams, S.A. (2004). Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer. *Oncology nursing forum*, 31(1), 127-130.

- Schwartz, C.E., Daltroy, L.H., Brandt, U., Friedman, R., Stolbach, L. (1992). A psychometric analysis of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Psychological Medicine*, 22(1), 203-210.
- Schwarzer, F., Dunkel-Schetter, C., Kemeny, M. (1994). The multidimensional nature of received social support in gay men at risk of HIV infection and AIDS. *American Journal of Community Psychology*, 22, 319-339.
- Scott, J.L., Halford, W.K., Ward, B.G. (2004). United we stand? The effects of a couple-coping intervention on adjustment to early stage breast or gynecological cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1122-1135.
- Sears, S.R., Stanton, A.L., Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22(5), 487-497.
- Segrestan, C., Cousson-Gélie, F., Bussièrès, E. (2005). Contrôle externe et impuissance/désespoir : impact sur l'ajustement à une biopsie mammaire et au diagnostic de cancer du sein. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4, 292-295.
- Segrestan, C., Rasclé, N., Cousson-Gélie, F., Trouette, R. (2006) A cancer specific scale of social support for patients and relatives, 8th World Congress of Psycho-Oncology, Venice, 18 – 21 octobre 2006. (Communication affichée)
- Segrestan, C., Rasclé, N., Cousson-Gélie, F., Trouette, R. (2007). Analyse exploratoire du soutien des patients cancéreux et de leurs proches. Abstract of poster presentation, IV<sup>o</sup> Congrès International de Psychologie de la Santé de langue française. Toulouse.
- Segrin, C., Badger, T., Meek, P., Lopez, A.M., Bonham, E., Sieger, A. (2005). Dyadic interdependence on affect and quality-of-life trajectories among women with breast cancer and their partners. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22(5), 673–689.
- Segrin, C., Badger, T., Sieger, A., Meek, P., Lopez, A.M. (2006). Interpersonal well-being and mental health among male partners of women with breast cancer. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 371-389.
- Segrin, C., Badger, T., Dorros, S.M., Meek, P., Lopez, A.M. (2007). Interdependent anxiety and psychological distress in women with breast cancer and their partners. *Psycho-Oncology*, 16, 634-643.
- Sehlen, S., Hollenhorst, H., Schymura, B., Herschbach, P., Aydemir, U, Firsching, M., Dühmke, E. (2003). Psychosocial stress in cancer patients during and after radiotherapy. *Strahlentherapie und Onkologie*, 3, 175-180.
- Seligman, M.E.P., Abramson, L.Y., Semmel, A., and von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.
- Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness. On Depression, Development, and Death. San Francisco, Freeman.
- Servaes, P., Tilburg, U., Vingerhoets, A.J.J.M., Vreugdenhil, G., Keuning, J.J., Broekhuijsen, A.M. (1999). Inhibition of emotional expression in breast cancer patients. *Behavioral Medicine*, 25, 23-28.
- Shands, M.E., Lewis, F.M., Sinsheimer, J., Cochrane, B.B. (2006). Core concerns of couples living with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(12), 1055-1064.
- Shapiro, D.E., Boggs, S.R., Rodrigue, J.R., Urry, H.L., Algina, J.J., Hellman, R., Ewen, F. (1997). Stage II Breast cancer: differences between four coping patterns in side effects during adjuvant chemotherapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(2), 143-157.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a

- structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33, quiz 34-57.
- Sheppard, L.A., Ely, S. (2008). Breast cancer and sexuality. *The Breast Journal*, 14(2), 176-181.
- Sherbourne, C.D., Stewart, A.L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32, 705-714.
- Shilling, V., Jenkins, V. (2007). Self-reported cognitive problems in women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 6–15.
- Shim, E.-J., Mehnert, A., Koyama, A., Cho, S.-J., Inui, H., Paik, N.-S., Koch, U. (2006). Health-related quality of life in breast cancer: a cross-cultural survey of German, Japanese, and South Korean patients. *Breast Cancer Research and Treatment*, 99(3), 341-350.
- Shimozuma, K., Ganz, P.A., Petersen, L., Hirji, K. (1999). Quality of life in the first year after breast cancer surgery: rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Cancer Research and Treatment*, 56(1), 45-57.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 270-285.
- Silliman, R.A., Dukes, K.A., Sullivan, L.M., Kaplan, S.H. (1998). Breast cancer care in older women: sources of information, social support, and emotional health outcomes. *Cancer*, 83(4), 706-711.
- Simard, S., Savard, J. (2009). Fear of recurrence inventory : development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 17(3), 241-251.
- Sirgo, A., Diaz-Ovejero, M.B., Cano-Vindel, A., Perez-Manga, G. (2001). Ansiedad, ira y depresion en mujeres con cancer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 259-271.
- Skerrett, K. (1998). Couple adjustment to the experience of breast cancer. *Families, Systems and Health*, 16, 281-298.
- Sormanti, M., Kayser, K. (2000). Partner support and changes in relationships during life-threatening illness: women's perspective. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18(3), 45-66.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Spanier, G.B., Lewis, R.A. (1980). Marital quality: a review of the seventies. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 825-839.
- Spiegel, D., Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer : mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry*, 54(3), 269-282.
- Spielberger, C. D., Gorus, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State Trait Anxiety Inventory (STAI) Form Y*. Palo Alto, Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, W.O., Dobson, A.J., Hall, J., Chesterman, E., Levi, J., Shepherd, R., Battista, R.N., Catchlove, B.R. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients. A concise QL-index for use by physicians. *Journal of Chronic Diseases*, 14, 585-597.
- Sprangers, M. A. G., Groenvold, M., Arraras, J. I., Franklin, J., Velde, A., Muller, M. (1996). The European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer Specific Quality of Life Questionnaire Module : first results from a three-country field study. *Journal of Clinical Oncology*, 14, 2756-2768.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Cameron, C.L., Bishop, M., Collins, C.A., Kirk, S.B., Sworowski, L.A., Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.

- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Huggins, M.E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 93-102.
- Stead, M.L. (2003). Sexual dysfunction after treatment for gynaecologic and breast malignancies. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 15(1), 57-61.
- Steggles, S., Lightfoot, N., Sellick, S.M. (1998). Psychological distress associated with organized breast cancer screening. *Cancer, Prevention and Control*, 2(5), 213-220.
- Stone, P., Richards, M., A'Hern, R., Hardy, J. (2001). Fatigue in patients with cancers of the breast or prostate undergoing radical radiotherapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(6), 1007-1015.
- Sreeter, C.L., Franklin, C. (1992). Defining and measuring social support: guidelines for social work practitioners. *Research in Social Work Practice*, 2(1), 81-98.
- Suls, J., Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies : a meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 246-288.
- Taleghani, F., Parsa Yekta, Z., Nasrabadi, A.N. (2006). Coping with breast cancer in newly diagnosed iranian women. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 265-273.
- Talley, A., Molix, L., Schlegel, R.J., Bettencourt, A. (2010). The influence of breast cancer survivors' perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: a longitudinal analysis. *Psychology and Health*, 25(4), 433-449.
- Tastet, S. (2001). *Approche biopsychosociale des cancers du sein. Stratégies d'ajustement et immunocompétence*, thèse de doctorat en psychologie, Université de Bordeaux-II.
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R., Wood, J.V., Bluming, A.Z., Dosik, G.M., Leibowitz, R.L. (1985). Illness-related and treatment-related factors in psychological adjustment to breast cancer. *Cancer*, 55(10), 2506-2513.
- Taylor, S.E., Dakof, G.A. (1988). Social support and the cancer patient. In S. Spacapan and S. Oskamp (Eds.). *The social psychology of health*. Newbury Park, Sage Publications, Chap 4, 95-118.
- Taylor-Brown, J., Kilpatrick, M., Maunsell, E., Dorval, M. (2000). Partner abandonment of women with breast cancer. Myth or reality? *Cancer Practice*, 8(4), 160-164.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1995). *Trauma and transformation: growing in the aftermath of suffering*. Sage Publications Inc: Thousand Oaks, CA.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Thewes, B., Butow, P., Girgis, A., Pendlebury, S. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors; a qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-Oncology*, 13(3), 177-189.
- Thomas, S.F., Marks, D.F. (1995). The measurement of coping in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 4, 231-237.
- Trunzo, J.J., Pinto, B.M. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 805-811.
- Untas, A. (2009). *Facteurs prédisant l'observance thérapeutique, l'état anxio-dépressif et la qualité de vie chez des patients mis en dialyse: mise en perspective d'une approche transactionnelle et d'une approche systémique en Psychologie de la Santé*, thèse de doctorat en psychologie, Université Bordeaux-II.
- Untas, A., Quintard, B., Koleck, M., Borteyrou, X., Azencot, A. (2009). Impact de la gestion dyadique du stress sur l'ajustement à une reconstruction mammaire différée après cancer. *Annales Médico Psychologiques*, 167, 134-141.

- Vahdaninia, M., Omidvari, S., Montazeri, A. (2010). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(3), 355-361.
- Vandeleur, C.L., Fenton, B.T., Ferrero, F., Preisig, M. (2003). Construct validity of the french version of the dyadic adjustment scale. *Swiss Journal of Psychology*, 62(3), 167-175.
- Vandenbossche, S., Fery, P., Razavi, D. (2009). Cognitive impairments and breast cancer: a critical review of the literature. *Bulletin du Cancer*, 96(2), 239-248.
- Van de Wiel, H., Geerts, E., Hoekstra-Weebers, J. (2008). Explaining inconsistent results in cancer quality of life studies: the role of the stress-respinse system. *Psycho-Oncology*, 17(2), 174-181.
- Vaux, A., Philipps, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., Stewart, D. (1986). The social support appraisals (SS-A) scale : studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14, 195-219.
- Vaux, A. (1988). *Social support. Theory, Research, and Intervention*, New-York, Praeger.
- Vickberg, S.M.J. (2001). Fears about breast cancer recurrence: interviews with a diverse sample. *Cancer Practice*, 9(5), 237-243.
- Vickberg, S.M.J. (2003). The concerns about recurrence scale (CARS). A systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(1), 16-24.
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, Maiuro, R.D., Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20(1), 3-26.
- Vivar, C.G., McQueen, A (2005). Information and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 51(5), 520-528.
- Wagner, C.D., Bigatti, S.M., Storniolo, A.M. (2006). Quality of life of husbands of women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(2), 109-120.
- Wai Ming, V.M. (2002). Psychological predictors of marital adjustment in breast cancer patients. *Psychology, Health and Medicine*, 7(1), 37-51.
- Walker, B.L., Nail, L.M., Larsen, L., Magill, J., Schwartz, A. (1996). Concerns, affect, and cognitive disruption following completion of radiation treatment for localized breast or prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 23(8), 1181-1187.
- Walker, B.L. (1997). Adjustment of husbands and wives to breast cancer. *Cancer Practice*, 5(2), 92-98.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Keller, S.D. (1996). A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233.
- Ware, J.E., Kosinski, M. Bayliss, M.S., McHorney, C.A., Rogers, W.H., Raczek, A.E. (1995). Comparison of methods for scoring and statistical analysis of SF-36 health profiles and summary measures: Summary of results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*, 33(4), AS264-AS279.
- Watson, M., Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research*, 27(4), 299-305.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, 18(1), 203-209.
- Watson, M., Law, M., Dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J., Bliss, J. (1994). The Mini-MAC: Further development of the Mental Adjustment to Cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 33-46.

- Watson, E.K., Henderson, B.J., Brett, J., Bankhead, C., Austoker, J. (2005). The psychological impact of mammographic screening on women with a family history of breast cancer – a systematic review. *Psycho-oncology*, 14(11), 939-948.
- Watson, M., Homewood, J. (2008). Mental Adjustment to Cancer Scale©: Psychometric properties in a large cancer cohort. *Psycho-Oncology*, 17 (11), 1146-1151.
- Weihls, K., Enright, T., Howe, G., Simmens, S.J. (1999). Marital satisfaction and emotional adjustment after breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17 (1), 33-49.
- Weinberg, R. (1996). *L'apparition des cancers*. In Pour la science, Vol 229, 34-42.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York, Springer-Verlag.
- Weiss, T. (2004) Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(4), 260-268.
- Wen, K.-Y., Gustafson, D.H. (2004). Needs assessment for cancer patients and their families. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2: 11.
- Whelan, T.J., Levine, M., Kirkbride, P., Skingley, P. (2000). The effects of radiation therapy on quality of life of women with breast carcinoma. Results of a randomized trial. *Cancer*, 88(10), 2260-2266.
- Whoqol Group (1993). Study protocol for the World Health Organisation project to develop a quality of life assessment instrument (Whoqol). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.
- Wilson, S., Morse, J.M. (1991). Living with a wife undergoing chemotherapy. *Image – The Journal of Nursing Scholarship*, 23(2), 78-84.
- Wimberly, S.R., Carver, C.S., Laurenceau, J.-P., Harris, S.D., Antoni, H. (2005). Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: impact on psychosocial and psychosexual adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 300-311.
- Woloski-Wruble, A., Kadmon, I. (2002) Breast cancer: reactions of Israeli men to their wives' diagnosis. *European Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 93-99.
- Wonghongkul, T., Dechaprom, N., Phumivichuvate, L., Losawatkul, S. (2006). Uncertainty appraisal coping and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 29(3), 250-257.
- Wortman, C.B. (1984). Social support and the cancer patient: conceptual and methodologic issues. *Cancer*, 15, 2339-3260.
- Yang, H.-C., Schuler, T.A. (2009). Marital quality and survivorship. slowed recovery for breast cancer patients in distressed relationships. *Cancer*, 115(1), 217-228.
- Yeo, W., Kwan, W.H., Teo, P.M.L., Leung, W.T., King, W., Johnson, P.J. (1997). Cosmetic outcome of breast-conserving therapy in chinese patients with early breast cancer. *The Australian and New Zeland Journal of Surgery*, 67(11), 771-774.
- Yeo, W., Kwan, W.H., Teo, P.M.L., Nip, S., Wong, E., Hin, L.Y., Johnson, P.J. (2004). Psychosocial impact of breast cancer surgeries in chinese patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 13, 132-139.
- Zakowski, S.G., Harris, C., Krueger, N., Laubmeier, K.K., Garrett, S., Flanigan, R., Johnson, P. (2003). Social barriers to emotional expression and their relations to distress in male and female cancer patients. *British Journal of Health Psychology*, 8(3), 271-286.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist*, 26(3), 260-266.
- Zhao, W., Wu, J., He, J., Zhu, M., Fan, S., Zou, Q., Si, S., Lian, H. (2001). Depression, anxiety, and coping style in patients with breast cancer. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 9(4), 286-287, 289.

- Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 286, 171-173.
- Zimet, G. D., Dahlem, N.W., Zimet, S. G., Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-42.
- Zunkel, G. (2002). Relational coping processes : couples' response to a diagnosis of early stage breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(4), 39-55.

## **ANNEXES**

**NOTE D'INFORMATION AUX COUPLES**

**DIFFERENCES DANS LE VECU DU CANCER PAR LA PATIENTE  
ET SON PARTENAIRE  
PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT :  
ROLE DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX**

Madame, Monsieur,

Ce document décrit l'étude pour laquelle votre participation est sollicitée et précise vos droits et notre responsabilité à votre égard.

**Objectif de la recherche :**

L'état de santé de Madame a conduit à vous proposer la mise en place d'un traitement. Face à cet événement, diverses réactions et émotions peuvent survenir. Nous vous proposons de participer à une recherche qui a pour but d'évaluer ces réactions.

L'objectif de cette étude est de faire évoluer les prises en charge actuelles qui s'adressent aux patients mais également de proposer un soutien adapté aux partenaires qui en ont besoin.

**Déroulement de l'étude :**

Après la consultation avec le médecin, une personne prendra contact avec vous, ceci afin de répondre aux éventuelles questions que vous vous poserez à propos de cette étude. Une première rencontre pourra vous être proposée.

Madame, lors de votre première cure de chimiothérapie vous aurez un entretien d'environ 60 minutes au cours duquel vous serez proposés des questionnaires évaluant vos réactions face à la maladie.

D'autres entretiens similaires au premier seront également programmés : un lors de la deuxième ou troisième cure de chimiothérapie, un lors de la dernière cure, puis trois autres à un mois, trois mois et six mois de la fin du traitement. Les trois derniers entretiens auront lieu à l'hôpital, ou bien les questionnaires vous seront envoyés par courrier.

Ces entretiens seront menés par un psychologue ou un psychologue stagiaire sous la responsabilité du Pr Nicole RASCLE et du Dr .....

Monsieur, des questionnaires similaires à ceux proposés à votre partenaire vous seront envoyés, à votre nom, à votre domicile. Vous recevrez ces questionnaires dans les jours qui précéderont ou suivront l'entretien proposé à votre compagne. Une enveloppe pré-timbrée vous permettra de nous renvoyer ces questionnaires complétés, sans engager aucun frais de votre part.

**Durée de l'étude et nombre de personnes prévues :**

La durée de l'étude, incluant le temps de recrutement et l'analyse des données, est d'environ deux ans. Cependant, la durée de votre participation à cette recherche s'échelonne de 10 à 12 mois selon les traitements qui vous seront proposés.

Cette étude s'adressera à 100 couples.

**Contraintes liées à l'étude :**

Participer à cette étude nécessite que vous acceptiez les entretiens semi-directifs évaluant votre bien être émotionnel et votre qualité de vie, pour Madame ; et que vous acceptiez le principe de remplissage régulier de questionnaires, pour Monsieur.

**Participation à l'étude :**

Vous êtes libre de participer ou non et de retirer votre participation à un quelconque moment sans avoir à le justifier. Ces évaluations ne modifieront en rien le suivi médical de Madame. Si vous ne souhaitez pas contribuer à cette étude ou interrompre votre participation, l'équipe soignante restera bien sûr à votre disposition pour continuer à vous prendre en charge et pour assurer le meilleur suivi médical actuellement disponible.

A l'issue de la recherche, vous serez informés des résultats globaux de cette recherche, si vous le souhaitez, quand ils seront disponibles.

**Confidentialité :**

Les informations recueillies resteront confidentielles et protégées par le secret médical. Elles feront l'objet d'une analyse par moyens informatiques dans le respect des conditions édictées par la loi « Informatique et Liberté ». La confidentialité de vos réponses sera respectée. Vous pourrez à tout moment avoir accès à ces données et exercer un droit de rectification si vous le souhaitez. Chaque membre de votre couple pourra exercer son droit d'accès sur les données le concernant mais en aucun cas sur les données concernant son partenaire.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, nous vous demandons de donner votre consentement écrit en datant et signant le formulaire ci-joint. Cette signature ne dégage en rien le médecin de ses responsabilités ; elle atteste simplement que vous avez été informés de cette étude et que vous y participez librement.

Nous sommes conscients qu'une telle participation peut être source d'effort et de contrainte, et vous remercions donc par avance de votre aide.

## ANNEXE 1- NOTES D'INFORMATION

### NOTE D'INFORMATION AUX COUPLES

#### DIFFERENCES DANS LE VECU DU CANCER PAR LA PATIENTE ET SON PARTENAIRE PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT : ROLE DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

Madame, Monsieur,

Ce document décrit l'étude pour laquelle votre participation est sollicitée et précise vos droits et notre responsabilité à votre égard.

#### **Objectif de la recherche :**

L'état de santé de Madame a conduit à vous proposer la mise en place d'un traitement. Face à cet événement, diverses réactions et émotions peuvent survenir. Nous vous proposons de participer à une recherche qui a pour but d'évaluer ces réactions.

L'objectif de cette étude est de faire évoluer les prises en charge actuelles qui s'adressent aux patients mais également de proposer un soutien adapté aux partenaires qui en ont besoin.

#### **Déroulement de l'étude :**

Après la consultation avec le médecin, une personne prendra contact avec vous, ceci afin de répondre aux éventuelles questions que vous vous poserez à propos de cette étude.

Madame, lors de votre première séance de radiothérapie vous aurez un entretien d'environ 60 minutes au cours duquel vous serez proposés des questionnaires évaluant vos réactions face à la maladie.

D'autres entretiens similaires au premier seront également programmés : un lors de la dernière séance de radiothérapie, puis quatre autres à deux mois, trois mois cinq mois et huit mois de la fin du traitement. Les trois derniers entretiens auront lieu à l'hôpital, ou bien les questionnaires vous seront envoyés par courrier.

Ces entretiens seront menés par un psychologue ou un psychologue stagiaire sous la responsabilité du Pr Nicole RASCLE et du Dr .....

Monsieur, des questionnaires similaires à ceux proposés à votre partenaire vous seront envoyés, à votre nom, à votre domicile. Vous recevrez ces questionnaires dans les jours qui précéderont ou suivront l'entretien proposé à votre compagne. Une enveloppe pré-timbrée vous permettra de nous renvoyer ces questionnaires complétés, sans engager aucun frais de votre part.

#### **Durée de l'étude et nombre de personnes prévues :**

La durée de l'étude, incluant le temps de recrutement et l'analyse des données, est d'environ deux ans. Cependant, la durée de votre participation à cette recherche s'échelonne de 7 à 12 mois selon les traitements qui vous seront proposés.

Cette étude s'adressera à 100 couples.

**Contraintes liées à l'étude :**

Participer à cette étude nécessite que vous acceptiez les entretiens semi-directifs évaluant votre bien être émotionnel et votre qualité de vie, pour Madame ; et que vous acceptiez le principe de remplissage régulier de questionnaires, pour Monsieur.

**Participation à l'étude :**

Vous êtes libre de participer ou non et de retirer votre participation à un quelconque moment sans avoir à le justifier. Ces évaluations ne modifieront en rien le suivi médical de Madame. Si vous ne souhaitez pas contribuer à cette étude ou interrompre votre participation, l'équipe soignante restera bien sûr à votre disposition pour continuer à vous prendre en charge et pour assurer le meilleur suivi médical actuellement disponible.

A l'issue de la recherche, vous serez informés des résultats globaux de cette recherche, si vous le souhaitez, quand ils seront disponibles.

**Confidentialité :**

Les informations recueillies resteront confidentielles et protégées par le secret médical. Elles feront l'objet d'une analyse par moyens informatiques dans le respect des conditions édictées par la loi « Informatique et Liberté ». La confidentialité de vos réponses sera respectée. Vous pourrez à tout moment avoir accès à ces données et exercer un droit de rectification si vous le souhaitez. Chaque membre de votre couple pourra exercer son droit d'accès sur les données le concernant mais en aucun cas sur les données concernant son partenaire.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, nous vous demandons de donner votre consentement écrit en datant et signant le formulaire ci-joint. Cette signature ne dégage en rien le médecin de ses responsabilités ; elle atteste simplement que vous avez été informés de cette étude et que vous y participez librement.

Nous sommes conscients qu'une telle participation peut être source d'effort et de contrainte, et vous remercions donc par avance de votre aide.

## ANNEXE 2- CONSENTEMENT

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION DU COUPLE

#### DIFFERENCES DANS LE VECU DU CANCER PAR LA PATIENTE ET SON PARTENAIRE PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT : ROLE DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

Nous soussignés :

Nom de la patiente : .....

Nom du partenaire : .....

Prénom de la patiente : .....

Prénom du partenaire : .....

Date de naissance : .....

Date de naissance : .....

Adresse :

.....  
.....

Téléphone : .....

ACCEPTONS DE PARTICIPER À CETTE ETUDE.

REFUSONS DE PARTICIPER À CETTE ETUDE.

Motif du refus : .....

Nous déclarons avoir reçu la note d'information relative à cette étude. Nous avons été informés de la nature, des buts et de la durée de la recherche. Il nous a également été précisé que nous sommes libres d'accepter ou de refuser.

Si nous le désirons, nous sommes libres à tout moment d'interrompre notre participation sans que la qualité des soins prodigués à Madame n'en soit affectée. J'en informerai alors .....

Nous acceptons que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. Nous avons bien noté que notre droit d'accès à ces données peut s'exercer à tout moment en application de la loi « Informatique et Libertés », que ces données peuvent nous être communiquées, selon notre choix, directement ou par l'intermédiaire de Melle Carine Segrestan, et que nous pourrions exercer un droit de rectification auprès de cette dernière.

Chaque membre de notre couple peut exercer son droit d'accès sur les données le concernant mais en aucun cas sur les données concernant son partenaire. Ces données resteront strictement confidentielles et nous n'autorisons leur consultation que par les personnes mandatées par l'organisateur de la recherche.

Nous pourrions à tout moment demander toute information complémentaire à Carine Segrestan.

Tél : .....

À ....., le .....

**Nom de la patiente** : .....

**Nom du partenaire** : .....

**Nom du médecin** : .....

Signature de la patiente :    Signature du partenaire :    Signature du médecin :

## ANNEXE 3 - EVALUATION DE LA DETRESSE EMOTIONNELLE

### Echelle HAD de Zigmond et Snaith (1983)

Un certain nombre de phrase que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, cochez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre des propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

<p><b>1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> La plupart du temps</li> <li><input type="checkbox"/> Souvent</li> <li><input type="checkbox"/> De temps en temps</li> <li><input type="checkbox"/> Jamais</li> </ul>	<p><b>8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Presque toujours</li> <li><input type="checkbox"/> Très souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Parfois</li> <li><input type="checkbox"/> Jamais</li> </ul>
<p><b>2. Je prends du plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Oui, tout autant qu'avant</li> <li><input type="checkbox"/> Pas autant</li> <li><input type="checkbox"/> Un peu seulement</li> <li><input type="checkbox"/> Presque plus</li> </ul>	<p><b>9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Jamais</li> <li><input type="checkbox"/> Parfois</li> <li><input type="checkbox"/> Assez souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Très souvent</li> </ul>
<p><b>3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose de redoutable allait m'arriver :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Oui, très nettement</li> <li><input type="checkbox"/> Oui, mais ce n'est pas trop grave</li> <li><input type="checkbox"/> Un peu mais cela ne m'inquiète pas</li> <li><input type="checkbox"/> Pas du tout</li> </ul>	<p><b>10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Plus du tout</li> <li><input type="checkbox"/> Je n'y accorde pas autant d'importance que je le devrais</li> <li><input type="checkbox"/> Il se peut que je n'y fasse plus autant attention</li> <li><input type="checkbox"/> J'y prête autant d'attention que par le passé</li> </ul>
<p><b>4. Je ris et vois le bon coté des choses :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Autant que par le passé</li> <li><input type="checkbox"/> Plus rarement qu'avant</li> <li><input type="checkbox"/> Vraiment moins qu'avant</li> <li><input type="checkbox"/> Plus du tout</li> </ul>	<p><b>11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Oui, c'est tout à fait vrai</li> <li><input type="checkbox"/> Un peu</li> <li><input type="checkbox"/> Pas tellement</li> <li><input type="checkbox"/> Pas du tout</li> </ul>
<p><b>5. Je me fais du souci :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Très souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Assez souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Occasionnellement</li> <li><input type="checkbox"/> Très occasionnellement</li> </ul>	<p><b>12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Autant qu'avant</li> <li><input type="checkbox"/> Un peu moins qu'avant</li> <li><input type="checkbox"/> Bien moins qu'avant</li> <li><input type="checkbox"/> Presque jamais</li> </ul>
<p><b>6. Je suis de bonne humeur :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Jamais</li> <li><input type="checkbox"/> Rarement</li> <li><input type="checkbox"/> Assez souvent</li> <li><input type="checkbox"/> La plupart du temps</li> </ul>	<p><b>13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Vraiment très souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Assez souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Pas très souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Jamais</li> </ul>
<p><b>7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Oui, quoiqu'il arrive</li> <li><input type="checkbox"/> Oui, en général</li> <li><input type="checkbox"/> Rarement</li> <li><input type="checkbox"/> Jamais</li> </ul>	<p><b>14. Je peux prendre plaisir à lire un bon livre ou à regarder une bonne émission de télévision :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Parfois</li> <li><input type="checkbox"/> Rarement</li> <li><input type="checkbox"/> Jamais</li> </ul>

## ANNEXE 4 - EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE

### SF-12

**1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :**

Excellente	Très bonne	Bonne	Médiocre	Mauvaise

**2. Voici une liste des activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.**

	Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	Non, pas du tout limité(e)
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer au boules			
Monter plusieurs étages par l'escalier			

**3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,...**

	Oui	Non
Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?		
Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?		

**4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)...**

	Oui	Non
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?		
Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?		

**5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?**

Pas du tout	Un petit peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément

**6. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?**

Pas du tout	Un petit peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément

**7. Les questions suivantes portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où...**

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e)						
Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie						
Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e)						

## ANNEXE 5- EVALUATION DE L'AJUSTEMENT DYADIQUE

### A PROPOS DE VOTRE RELATION DE COUPLE

Nous sommes généralement d'accord dans les domaines suivants :

Veillez indiquer votre réponse en entourant la proposition qui correspond à ce que vous vivez.

#### 1. Les objectifs, les buts et ce qu'on trouve important dans la vie.

Jamais d'accord	Rarement d'accord	Parfois d'accord	Assez souvent d'accord	La plupart du temps d'accord	Toujours d'accord
-----------------	-------------------	------------------	------------------------	------------------------------	-------------------

#### 2. Les prises de décision importantes.

Jamais d'accord	Rarement d'accord	Parfois d'accord	Assez souvent d'accord	La plupart du temps d'accord	Toujours d'accord
-----------------	-------------------	------------------	------------------------	------------------------------	-------------------

#### 3. Les marques d'affection.

Jamais d'accord	Rarement d'accord	Parfois d'accord	Assez souvent d'accord	La plupart du temps d'accord	Toujours d'accord
-----------------	-------------------	------------------	------------------------	------------------------------	-------------------

#### 4. Les amis.

Jamais d'accord	Rarement d'accord	Parfois d'accord	Assez souvent d'accord	La plupart du temps d'accord	Toujours d'accord
-----------------	-------------------	------------------	------------------------	------------------------------	-------------------

#### 5. Les relations sexuelles.

Jamais d'accord	Rarement d'accord	Parfois d'accord	Assez souvent d'accord	La plupart du temps d'accord	Toujours d'accord
-----------------	-------------------	------------------	------------------------	------------------------------	-------------------

#### 6. La philosophie de la vie.

Jamais d'accord	Rarement d'accord	Parfois d'accord	Assez souvent d'accord	La plupart du temps d'accord	Toujours d'accord
-----------------	-------------------	------------------	------------------------	------------------------------	-------------------

#### 7. Les façons d'agir avec les parents et les beaux parents.

Jamais d'accord	Rarement d'accord	Parfois d'accord	Assez souvent d'accord	La plupart du temps d'accord	Toujours d'accord
-----------------	-------------------	------------------	------------------------	------------------------------	-------------------

Pour chacune des phrases suivantes, veuillez indiquer votre réponse en entourant la proposition qui correspond à ce que vous vivez

#### 8. Il m'arrive de penser au divorce, à la séparation ou à terminer notre relation.

Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	La plupart du temps	Toujours
--------	----------	---------	---------------	---------------------	----------

#### 9. Nous nous « tapons sur les nerfs ».

Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	La plupart du temps	Toujours
--------	----------	---------	---------------	---------------------	----------

#### 10. Nous avons des échanges d'idées stimulants.

Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	La plupart du temps	Toujours
--------	----------	---------	---------------	---------------------	----------

#### 11. Nous discutons calmement

Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	La plupart du temps	Toujours
--------	----------	---------	---------------	---------------------	----------

#### 12. Je me confie à mon partenaire.

Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	La plupart du temps	Toujours
--------	----------	---------	---------------	---------------------	----------

#### 13. Nous avons des intérêts communs à l'extérieur de la maison.

Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	La plupart du temps	Toujours
--------	----------	---------	---------------	---------------------	----------

#### 14. Nous rions ensemble.

Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	La plupart du temps	Toujours
--------	----------	---------	---------------	---------------------	----------

#### 15. Nous travaillons ensemble à un projet.

Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	La plupart du temps	Toujours
--------	----------	---------	---------------	---------------------	----------

#### 16. Quel est globalement votre degré de bonheur dans votre relation ?

Entourez la réponse de votre choix.

Extrêmement malheureux	?
Passablement malheureux	?
Un peu malheureux	?
Heureux	?
Très heureux	?
Extrêmement heureux	?

## ANNEXE 6- GRILLES D'ENTRETIEN

### GRILLE D'ENTRETIEN PATIENTES SEULES

- 1) Age : .....
- 2) Quel est votre niveau d'études ?  
1- Pas d'études  
2 - CAP-BEP  
3 - BAC  
4 - BAC +2  
5 - BAC+3 et plus
- 3) Quelle est votre profession ?.....
- 4) Revenu familial mensuel :  
5 - Moins de 1000 euros (6500 F)  
4 - de 1000 à 2000 euros (6500 à 13 000 F)  
3 - de 2000 à 3000 euros (13 000 à 19 500 F)  
2- de 3000 à 4000 euros (19500 à 26 000 F)  
1- + de 4000 euros
- 5) Avez-vous des enfants ? .....  
Si oui, combien ? .....
- 6) Avez-vous déjà souffert d'un trouble psychologique (dépression, phobie, agoraphobie, troubles obsessionnels, anorexie, problèmes d'alcool, ...) ?  
.....  
.....
- 7) Actuellement, avez-vous recours à :  
1 : psychothérapie  
2 : anxiolytiques  
3 : antidépresseurs  
4 : somnifères
- 8) Engagement professionnel :  
 En activité jusqu'au traitement     En recherche d'activité jusqu'au traitement  
 Retraitée
- 9) Au cours de votre vie, avez-vous eu une relation durable ?  
 Non                     Oui                     Oui, séparée/divorcée                     Oui, veuve  
Si oui, durée de la relation en années : .....

## ANNEXE 6- GRILLES D'ENTRETIEN

### GRILLE D'ENTRETIEN PATIENTES COUPLE

- 1) Age : .....
- 2) Quel est votre niveau d'études ?  
1- Pas d'études  
2 - CAP-BEP  
3 - BAC  
4 - BAC +2  
5 - BAC+3 et plus
- 3) Quelle est votre profession ?.....
- 4) Revenu familial mensuel :  
5 - Moins de 1000 euros (6500 F)  
4 - de 1000 à 2000 euros (6500 à 13 000 F)  
3 - de 2000 à 3000 euros (13 000 à 19 500 F)  
2- de 3000 à 4000 euros (19500 à 26 000 F)  
1- + de 4000 euros
- 5) Avez-vous des enfants ? .....  
Si oui, combien ? .....
- 6) Avez-vous déjà souffert d'un trouble psychologique (dépression, phobie, agoraphobie, troubles obsessionnels, anorexie, problèmes d'alcool, ...) ?  
.....  
.....
- 7) Actuellement, avez-vous recours à :  
1 : psychothérapie  
2 : anxiolytiques  
3 : antidépresseurs  
4 : somnifères
- 8) Engagement professionnel :  
 En activité jusqu'au traitement     En recherche d'activité jusqu'au traitement  
 Retraitée
- 9) Depuis combien de temps êtes-vous avec votre partenaire ?  
Avant de partager votre vie avec votre partenaire actuel, avez-vous eu une relation durable ?  
 Non                       Oui                       Oui, séparée/divorcée                       Oui, veuve

## ANNEXE 6- GRILLES D'ENTRETIEN

### GRILLE D'ENTRETIEN CONJOINTS

- 1) Age : .....
- 2) Quel est votre niveau d'études ?  
1- Pas d'études  
2 - CAP-BEP  
3 – BAC  
4 - BAC +2  
5 - BAC+3 et plus
- 3) Quelle est votre profession ?.....
- 4) Revenu familial mensuel :  
5 - Moins de 1000 euros (6500 F)  
4 - de 1000 à 2000 euros (6500 à 13 000 F)  
3 - de 2000 à 3000 euros (13 000 à 19 500 F)  
2- de 3000 à 4000 euros (19500 à 26 000 F)  
1- + de 4000 euros
- 5) Avez-vous des enfants ? .....  
Si oui, combien ? .....
- 6) Avez-vous déjà souffert d'un trouble psychologique (dépression, phobie, agoraphobie, troubles obsessionnels, anorexie, problèmes d'alcool, ...) ?  
.....  
.....
- 7) Actuellement, avez-vous recours à :  
1 : psychothérapie  
2 : anxiolytiques  
3 : antidépresseurs  
4 : somnifères
- 8) Engagement professionnel :  
 En activité jusqu'au traitement  En recherche d'activité jusqu'au traitement  
 Retraité
- 9) Depuis combien de temps êtes-vous avec votre compagne ?  
Avant de partager votre vie avec votre compagne actuelle, avez-vous eu une relation durable ?  
 Non  Oui  Oui, séparée/divorcée  Oui, veuve

## ANNEXE 7- EVALUATION DU CONTROLE EMOTIONNEL

### CECS de Watson et Greer (1983)

Consigne : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis cochez la case qui correspond le mieux à ce que vous ressentez généralement. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre des propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments habituels.

#### Quand je suis en colère :

	presque jamais	parfois	souvent	presque toujours
1. Je reste calme				
2. Je refuse de discuter ou de dire quoi que ce soit				
3. Je retiens, j'étouffe ma colère				
4. Je dis ce que je ressens				
5. J'évite de faire une scène, de crier				
6. J'étouffe, je retiens mes sentiments				
7. Je cache mon chagrin, mon ennui				

#### Quand je suis triste, déprimé :

	presque jamais	parfois	souvent	presque toujours
1. Je refuse de dire quoi que ce soit sur ma tristesse				
2. Je cache ma tristesse				
3. Je garde un air ou une mine confiante et assurée				
4. Je reste calme				
5. Je montre aux autres ce que je ressens				
6. Je retiens mes sentiments				
7. Je retiens ma tristesse				

#### Quand je suis inquiet, anxieux :

	presque jamais	parfois	souvent	presque toujours
1. Je laisse voir aux autres ce que je ressens				
2. Je reste calme				
3. Je refuse de dire quoi que ce soit sur mon inquiétude				
4. Je dis aux autres combien je suis inquiet				
5. Je dis ce que je ressens				
6. J'étouffe, je retiens mon inquiétude				
7. Je retiens mes sentiments				

**ANNEXE 8- EVALUATION DU STRESS PERCU**

**ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE DE STRESS**

Veillez placer sur l'échelle suivante, et à l'aide d'un trait vertical, le niveau de stress qu'a suscité chez vous l'**annonce du diagnostic**.



Commentaires :  
.....  
.....

Veillez placer sur l'échelle suivante, et à l'aide d'un trait vertical, le niveau de stress qu'a suscité chez vous l'**annonce d'un traitement par chimiothérapie**.



Commentaires :  
.....  
.....

---

**ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE DE STRESS**

Veillez placer sur l'échelle suivante, et à l'aide d'un trait vertical, le niveau de stress qu'a suscité chez vous l'**annonce du diagnostic de cancer de votre compagne**.



Commentaires :  
.....  
.....  
.....

Veillez placer sur l'échelle suivante, et à l'aide d'un trait vertical, le niveau de stress qu'a suscité chez vous l'**annonce d'un traitement par chimiothérapie pour votre compagne**.



Commentaires :  
.....  
.....

## ANNEXE 9- EVALUATION DU SOUTIEN SOCIAL GENERAL

### QUESTIONNAIRE DE SOUTIEN SOCIAL de Sarason et al., 1983.

**Instructions :** Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien. Chaque question est en deux parties :

Dans un premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) sur qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite. Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne.

Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu.

Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez la réponse « aucune personne », mais évaluez tout de même votre degré de satisfaction. Ne citez pas plus de neuf personnes par question.

S'il vous plaît, répondez de votre mieux à toutes les questions. Vos réponses resteront confidentielles.

**Exemples :**

*A qui pouvez-vous confier des informations qui vous perturbent, vous préoccupent ?*

Aucune personne	1) NR (ami)	4)	7)
	2) DF (épouse)	5)	8)
	3)	6)	9)

*Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?*

6. Très satisfait    5. Satisfait    4. Plutôt satisfait    3. Plutôt insatisfait    2. Insatisfait    1. Très insatisfait

*1/ Quelles sont les personnes disponibles sur qui vous pouvez réellement compter quand vous avez besoin d'aide ?*

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

*2/ Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?*

6. Très satisfait    5. Satisfait    4. Plutôt satisfait    3. Plutôt insatisfait    2. Insatisfait    1. Très insatisfait

*3/ Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendu lorsque vous êtes sous pression ou crispé ?*

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

*4/ Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?*

6. Très satisfait    5. Satisfait    4. Plutôt satisfait    3. Plutôt insatisfait    2. Insatisfait    1. Très insatisfait

*5/ Qui vous accepte tel que vous êtes, c'est-à-dire, avec vos bons et mauvais côtés ?*

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

*6/ Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?*

6. Très satisfait    5. Satisfait    4. Plutôt satisfait    3. Plutôt insatisfait    2. Insatisfait    1. Très insatisfait

*7/ Sur qui pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoi qu'il arrive ?*

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

*8/ Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?*

6. Très satisfait    5. Satisfait    4. Plutôt satisfait    3. Plutôt insatisfait    2. Insatisfait    1. Très insatisfait

*9/ Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il vous arrive de broyer du noir ?*

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

*10/ Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?*

6. Très satisfait    5. Satisfait    4. Plutôt satisfait    3. Plutôt insatisfait    2. Insatisfait    1. Très insatisfait

*11/ Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé ?*

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

*12/ Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?*

6. Très satisfait    5. Satisfait    4. Plutôt satisfait    3. Plutôt insatisfait    2. Insatisfait    1. Très insatisfait

**ANNEXE 10- EVALUATION DU SOUTIEN SOCIAL SPECIFIQUE**  
**QUESTIONNAIRE DE SOUTIEN SOCIAL SPECIFIQUE AU CANCER**  
**(QueSSSC)**

**Consigne :** Voici quelques questions sur le soutien mis à votre disposition. Dans quelle mesure chacune des propositions suivantes correspond à ce que vous avez vécu au cours des dernières semaines ? Précisez ensuite, pour chaque type de soutien :

- le degré de satisfaction/insatisfaction que vous en avez retiré (de « très insatisfait » à « très satisfait »)
- qui vous l'a apporté.

Une ou des personnes	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
1. ayant vécu une expérience similaire à la mienne ont eu des échanges positifs avec moi					
2. se sont montrées fortes moralement et m'ont ainsi donné beaucoup de courage					
3. ont échangé avec moi au téléphone					
4. ont pris le temps de me rassurer					
5. m'ont témoigné leur affection (paroles, cadeaux, attentions...)					
6. m'ont offert écoute et compréhension lorsque j'en avais besoin					
7. m'ont permis d'évacuer mes inquiétudes les plus personnelles					
8. m'ont fait sentir que je n'étais pas seul(e)					
9. ont eu des paroles réconfortantes					

**Quel est votre degré de satisfaction/insatisfaction par rapport au soutien obtenu ?**

Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)

**Au cours de ces dernières semaines, quelles personnes vous ont apporté ce type de soutien ?**

- |                       |                          |              |                          |             |                          |
|-----------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Conjoint / Partenaire | <input type="checkbox"/> | Frère / Sœur | <input type="checkbox"/> | Ami(e)      | <input type="checkbox"/> |
| Personnel soignant    | <input type="checkbox"/> | Père / Mère  | <input type="checkbox"/> | Enfant..... | <input type="checkbox"/> |
| Connaissances         | <input type="checkbox"/> |              |                          |             |                          |

Une ou des personnes	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
10. m'ont proposé de l'aide pour les tâches domestiques (ménage, courses, préparer les repas...)					
11. m'ont encouragé(e) à les appeler en cas de besoin					
12. m'ont aidé(e) dans les tâches que je ne pouvais pas réaliser					

**Quel est votre degré de satisfaction/insatisfaction par rapport au soutien obtenu ?**

Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)

**Au cours de ces dernières semaines, quelles personnes vous ont apporté ce type de soutien ?**

- Conjoint / Partenaire     Frère / Sœur     Ami(e)   
 Personnel soignant     Père / Mère     Enfant.....   
 Connaissances

Une ou des personnes	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
13. m'ont proposé de m'accompagner dans des activités (restaurant, cinéma, sorties, jeux...) pour me changer les idées					
14. sont venues me rendre visite					

**Quel est votre degré de satisfaction/insatisfaction par rapport au soutien obtenu ?**

Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)

**Au cours de ces dernières semaines, quelles personnes vous ont apporté ce type de soutien ?**

- Conjoint / Partenaire     Frère / Sœur     Ami(e)   
 Personnel soignant     Père / Mère     Enfant.....   
 Connaissances

Une ou des personnes	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
15. ont pris le temps de m'expliquer la maladie					
16. m'ont donné des informations sur la maladie, les traitements, les soins					

**Quel est votre degré de satisfaction/insatisfaction par rapport au soutien obtenu ?**

Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)

**Au cours de ces dernières semaines, quelles personnes vous ont apporté ce type de soutien ?**

Conjoint / Partenaire  Frère / Sœur  Ami(e)   
 Personnel soignant  Père / Mère  Enfant.....   
 Connaissances

Une ou des personnes	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
17. ont pris de la distance avec moi					
18. m'ont donné des exemples où la maladie a été très difficile ou fatale					
19. m'ont ennuyé(e) avec leurs petits problèmes personnels					
20. m'ont trop parlé de la maladie					

**Quel est votre degré de satisfaction/insatisfaction par rapport au soutien obtenu ?**

Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)

**Au cours de ces dernières semaines, quelles personnes vous ont apporté ce type de soutien ?**

Conjoint / Partenaire  Frère / Sœur  Ami(e)   
 Personnel soignant  Père / Mère  Enfant.....   
 Connaissances

## ANNEXE 11 - EVALUATION DU COPING GENERAL

### Questionnaire de coping WCC de Vitaliano et al.(1985), version française à 27 items de Cousson et al. (1996)

**Consigne :** Par rapport à votre situation présente (avoir un cancer du sein / avoir une compagne atteinte d'un cancer du sein), précisez l'intensité de malaise, de stress que suscite chez vous cette situation en disant si cela a été un stress bas, moyen ou fort. Indiquez pour chacune des stratégies données ci-dessous, si oui ou non vous l'avez utilisée pour faire face à votre problème. Pour cela, il suffit de cocher la case adéquate dans le tableau.

	non	plutôt non	Plutôt Oui	oui
1. J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi				
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse				
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais				
4. Je me suis battu(e) pour ce que je voulais				
5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé				
6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'il m'a conseillé				
7. J'ai changé positivement				
8. Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème				
9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis				
10. J'ai pris les choses une par une				
11. J'ai espéré qu'un miracle se produise				
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation				
13. Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après				
14. Je me suis culpabilisé(e)				
15. J'ai contenu, gardé pour moi, mes émotions				
16. Je suis sorti(e) plus forte de la situation				
17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux				
18. J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème				
19. J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir				
20. J'ai essayé de tout oublier				
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler				
22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée				
23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude				
24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un				
25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème				
26. Je me suis sermonné(e) ou critiqué(e)				
27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver				

## ANNEXE 12 - EVALUATION DU COPING SPECIFIQUE

### MAC (Mental Adjustment to Cancer Scale de M. Watson et al., 1988) version française de Cayrou et al. (2001)

Les énoncés ci-dessous décrivent les réactions des personnes atteintes de cancer. Veuillez encrer, à droite de chaque énoncé, le chiffre qui correspond le mieux à vos réactions actuelles. Par exemple, si l'énoncé ne s'applique **pas du tout** à vous, entourez le chiffre 1, s'il s'applique **un peu** à vous, entourez 2, s'il s'applique **assez** à vous, entourez 3, s'il s'applique **tout à fait** à vous, entourez 4.

Cet énoncé s'applique-t-il à vous ?	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait
1 – J'ai l'impression que je ne peux rien faire pour me remonter le moral.	1	2	3	4
2 – J'ai l'impression que mes problèmes de santé m'empêchent de faire des projets d'avenir.	1	2	3	4
3 – Je crois qu'une attitude positive sera bénéfique pour ma santé.	1	2	3	4
4 – Je ne supporte pas très bien ma maladie.	1	2	3	4
5 – Je crois fermement que je vais aller mieux.	1	2	3	4
6 – Je sens que rien de ce que je peux faire ne changera quelque chose.	1	2	3	4
7 – Je sens que la vie est sans espoir.	1	2	3	4
8 – J'ai des projets pour l'avenir, par exemple les vacances, le travail, le logement,...	1	2	3	4
9 – J'ai peur que le cancer ne récidive ou n'empire.	1	2	3	4
10 – Je crois que mon état d'esprit peut beaucoup influencer sur ma santé.	1	2	3	4
11 – Je sens qu'il n'y a rien que je puisse faire pour m'en sortir.	1	2	3	4
12 – J'essaie de continuer ma vie comme je l'ai toujours fait.	1	2	3	4
13 – Je suis déterminé(e) à laisser tout cela derrière moi.	1	2	3	4
14 – J'ai du mal à croire que cela m'est arrivé.	1	2	3	4
15 – Je suis très anxieux (se) à ce sujet.	1	2	3	4
16 – Je n'ai pas beaucoup d'espoir pour le futur.	1	2	3	4
17 – En ce moment, je vis au jour le jour.	1	2	3	4
18 – J'ai envie d'abandonner.	1	2	3	4
19 – J'essaie de garder le sens de l'humour par rapport à ça.	1	2	3	4
20 – J'essaie d'avoir une attitude très positive.	1	2	3	4
21 – Je reste assez occupé(e), afin de ne pas avoir le temps d'y penser.	1	2	3	4
22 – Je me sens complètement perdu(e) à l'égard de ce que je dois faire.	1	2	3	4
23 – Je me sens très en colère contre ce qui m'est arrivé.	1	2	3	4
24 – Je ne crois pas vraiment que j'ai eu le cancer.	1	2	3	4
25 – Je m'axe sur les aspects positifs de ma vie.	1	2	3	4
26 – J'essaie de combattre la maladie.	1	2	3	4
27 – Je n'arrive pas à faire face.	1	2	3	4
28 – Je suis un peu effrayé(e).	1	2	3	4
29 – Je suis très optimiste.	1	2	3	4
30 – Je suis déterminé(e) à vaincre cette maladie.	1	2	3	4

	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Assez</b>	<b>Tout à fait</b>
31 – Je suis terrifié(e).	1	2	3	4
32 – Je ne peux pas dormir la nuit tellement je m'inquiète.	1	2	3	4
33 – Je ne reconnais pas le fait que j'ai eu un cancer.	1	2	3	4
34 – J'évite de penser à tout ce qui touche au cancer.	1	2	3	4
35 – Je n'arrive pas à gérer cette situation.	1	2	3	4
36 – Je suis perturbé(e) par le fait d'avoir un cancer.	1	2	3	4
37 – Ne pas y penser m'aide à faire face.	1	2	3	4
38 – Je n'ai pas eu de cancer.	1	2	3	4
39 – Je fais des efforts pour ne pas penser à ma maladie.	1	2	3	4
40 – C'est une sensation dévastatrice.	1	2	3	4
41 – Je sais que ça va bien finir.	1	2	3	4
42 – Je me distrais lorsque des pensées sur ma maladie me viennent à l'esprit.	1	2	3	4
43 – J'ai de l'appréhension.	1	2	3	4
44 – Je pense que c'est la fin du monde.	1	2	3	4
45 – Je considère ma maladie comme un défi.	1	2	3	4

**ANNEXE 13 – ANALYSES DYADIQUES :  
TABLEAUX DE RESULTATS COMPLETS**

**Tableau A1 : Influence du contrôle émotionnel, de l’ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>1</sub> sur l’anxiété en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d’après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	-0,076	0,127	-0,600	-0,135	0,154	-0,875
Contrôle émotionnel <sub>part</sub>	-0,082	0,198	-0,414	-0,081	0,217	-0,371
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	-0,054	0,162	-0,332	0,118	0,159	0,739
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	-0,225	0,241	-0,935	0,225	0,223	1,006
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	-0,134	0,151	-0,890	-0,112	0,166	-0,672
Disponibilité du soutien social <sub>part</sub>	-0,181	0,235	-0,769	0,399	0,319	1,253
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	-0,027	0,242	-0,113	-0,013	0,234	-0,056
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	-0,248	0,178	-1,391	<b>-0,373</b>	<b>0,210</b>	<b>-1,775*</b>
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	0,020	0,250	0,082	-0,038	0,215	-0,176
Soutien émotionnel <sub>part</sub>	-0,060	0,204	-0,296	0,000	0,193	0,000
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	0,161	0,206	0,784	0,098	0,198	0,497
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub>	0,265	0,210	1,263	0,269	0,243	1,107
Soutien informatif <sub>pat</sub>	-0,071	0,162	-0,436	-0,215	0,156	-1,379
Soutien informatif <sub>part</sub>	<b>-0,321</b>	<b>0,180</b>	<b>-1,782*</b>	-0,193	0,239	-0,808
Soutien négatif <sub>pat</sub>	<b>0,460</b>	<b>0,130</b>	<b>3,537***</b>	<b>0,277</b>	<b>0,143</b>	<b>1,944*</b>
Soutien négatif <sub>part</sub>	0,141	0,198	0,714	0,107	0,220	0,486
Coping centré sur le problème <sub>pat</sub>	-0,120	0,129	-0,930	-0,010	0,134	-0,074
Coping centré sur le problème <sub>part</sub>	<b>-0,320</b>	<b>0,207</b>	<b>-1,545<sup>+</sup></b>	-0,102	0,199	-0,511
Coping centré sur l’émotion <sub>pat</sub>	<b>0,385</b>	<b>0,111</b>	<b>3,466***</b>	0,134	0,141	0,951
Coping centré sur l’émotion <sub>part</sub>	<b>0,546</b>	<b>0,158</b>	<b>3,446***</b>	<b>0,606</b>	<b>0,216</b>	<b>2,802**</b>
Recherche de soutien social <sub>pat</sub>	0,046	0,140	0,325	-0,009	0,145	-0,061
Recherche de soutien social <sub>part</sub>	-0,107	0,205	-0,522	0,241	0,259	0,930
Esprit combatif <sub>pat</sub>	<b>-0,246</b>	<b>0,110</b>	<b>-2,228*</b>	-0,116	0,149	-0,779
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub>	<b>0,407</b>	<b>0,101</b>	<b>4,018***</b>	<b>0,367</b>	<b>0,140</b>	<b>2,615**</b>
Préoccupations anxieuses <sub>pat</sub>	<b>0,512</b>	<b>0,103</b>	<b>4,980***</b>	<b>0,300</b>	<b>0,136</b>	<b>2,200*</b>
Evitement <sub>pat</sub>	0,031	0,147	0,211	0,007	0,134	0,050
Dénégation <sub>pat</sub>	0,120	0,124	0,964	-0,091	0,134	-0,675
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,594</b>	<b>0,110</b>	<b>5,371***</b>	<b>0,285</b>	<b>0,136</b>	<b>2,097*</b>
Anxiété <sub>part</sub>	<b>0,783</b>	<b>0,122</b>	<b>6,409***</b>	<b>0,650</b>	<b>0,196</b>	<b>3,319***</b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,403</b>	<b>0,123</b>	<b>3,278***</b>	0,107	0,149	0,719
Dépression <sub>part</sub>	<b>0,438</b>	<b>0,130</b>	<b>3,374***</b>	<b>0,299</b>	<b>0,171</b>	<b>1,739*</b>
Qualité de vie physique <sub>pat</sub>	<b>-0,390</b>	<b>0,159</b>	<b>-2,451**</b>	<b>-0,271</b>	<b>0,104</b>	<b>-1,657<sup>+</sup></b>
Qualité de vie physique <sub>part</sub>	-0,230	0,197	-1,169	-0,315	0,213	-1,478
Qualité de vie mentale <sub>pat</sub>	<b>-0,325</b>	<b>0,148</b>	<b>-2,187*</b>	-0,201	0,141	-1,426
Qualité de vie mentale <sub>part</sub>	<b>-0,506</b>	<b>0,156</b>	<b>-3,235**</b>	-0,244	0,172	-1,416

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001 ; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A2 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>4</sub> sur l'anxiété en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	0,142	0,259	0,547
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	-0,014	0,317	-0,044
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	0,070	0,177	0,398
Disponibilité du soutien social <sub>part</sub>	0,094	0,325	0,290
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	0,009	0,167	0,055
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	-0,282	0,214	-1,313
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	0,107	0,168	0,638
Soutien émotionnel <sub>part</sub>	-0,193	0,199	-0,971
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	<b>0,274</b>	<b>0,178</b>	<b>1,537<sup>+</sup></b>
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub>	0,116	0,229	0,507
Soutien informatif <sub>pat</sub>	0,195	0,154	1,261
Soutien informatif <sub>part</sub>	-0,262	0,182	-1,442
Soutien négatif <sub>pat</sub>	0,112	0,168	0,664
Soutien négatif <sub>part</sub>	0,005	0,193	0,026
Coping centré sur le problème <sub>pat</sub>	0,126	0,188	0,669
Coping centré sur le problème <sub>part</sub>	-0,166	0,232	-0,715
Coping centré sur l'émotion <sub>pat</sub>	<b>0,429</b>	<b>0,159</b>	<b>2,689**</b>
Coping centré sur l'émotion <sub>part</sub>	<b>0,366</b>	<b>0,195</b>	<b>1,881*</b>
Recherche de soutien social <sub>pat</sub>	0,231	0,154	1,503
Recherche de soutien social <sub>part</sub>	0,312	0,251	1,243
Esprit combatif <sub>pat</sub>	<b>-0,321</b>	<b>0,135</b>	<b>-2,381*</b>
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub>	<b>0,297</b>	<b>0,142</b>	<b>2,097*</b>
Préoccupations anxieuses <sub>pat</sub>	<b>0,363</b>	<b>0,132</b>	<b>2,741*</b>
Evitement <sub>pat</sub>	0,033	0,141	0,232
Dénégation <sub>pat</sub>	-0,083	0,138	-0,605
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,569</b>	<b>0,184</b>	<b>3,095**</b>
Anxiété <sub>part</sub>	<b>0,365</b>	<b>0,163</b>	<b>2,241*</b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,258</b>	<b>0,167</b>	<b>1,542<sup>+</sup></b>
Dépression <sub>part</sub>	<b>0,540</b>	<b>0,183</b>	<b>2,959**</b>
Qualité de vie physique <sub>pat</sub>	-0,076	0,181	-0,422
Qualité de vie physique <sub>part</sub>	0,053	0,179	0,297
Qualité de vie mentale <sub>pat</sub>	-0,080	0,162	-0,494
Qualité de vie mentale <sub>part</sub>	<b>-0,311</b>	<b>0,191</b>	<b>-1,624<sup>+</sup></b>

\*p≤0,05 ; \*\*p≤0,01 ; \*\*\*p≤0,001 ; <sup>+</sup>p≤0,07

**Tableau A3 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>1</sub> sur la dépression en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	0,210	0,164	1,281	<b>0,312</b>	<b>0,180</b>	<b>1,734*</b>
Contrôle émotionnel <sub>part</sub>	0,076	0,167	0,457	-0,167	0,193	-0,864
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	<b>-0,252</b>	<b>0,169</b>	<b>-1,492<sup>+</sup></b>	<b>-0,340</b>	<b>0,180</b>	<b>-1,884*</b>
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	-0,183	0,195	-0,939	-0,074	0,217	-0,340
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	-0,233	0,171	-1,362	-0,192	0,165	-1,166
Disponibilité du soutien social <sub>part</sub>	-0,040	0,222	-0,181	0,365	0,306	1,193
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	-0,228	0,231	-0,989	-0,065	0,251	-0,260
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	<b>-0,364</b>	<b>0,153</b>	<b>-2,371*</b>	<b>-0,495</b>	<b>0,182</b>	<b>-2,721**</b>
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	-0,098	0,260	-0,375	-0,027	0,196	-0,139
Soutien émotionnel <sub>part</sub>	-0,070	0,151	-0,462	0,096	0,166	0,583
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	0,056	0,219	0,255	-0,060	0,196	-0,308
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub>	0,075	0,161	0,467	-0,052	0,203	-0,255
Soutien informatif <sub>pat</sub>	0,032	0,179	0,179	-0,097	0,158	-0,614
Soutien informatif <sub>part</sub>	-0,097	0,152	-0,636	-0,005	0,213	-0,025
Soutien négatif <sub>pat</sub>	0,206	0,147	1,396	0,020	0,153	0,130
Soutien négatif <sub>part</sub>	0,223	0,152	1,468	0,074	0,182	0,404
Coping centré sur le problème <sub>pat</sub>	<b>-0,454</b>	<b>0,138</b>	<b>-3,278***</b>	-0,068	0,140	-0,489
Coping centré sur le problème <sub>part</sub>	<b>-0,288</b>	<b>0,177</b>	<b>-1,627<sup>+</sup></b>	<b>-0,410</b>	<b>0,164</b>	<b>-2,496**</b>
Coping centré sur l'émotion <sub>pat</sub>	0,199	0,144	1,382	-0,059	0,148	-0,397
Coping centré sur l'émotion <sub>part</sub>	<b>0,599</b>	<b>0,165</b>	<b>3,623***</b>	<b>0,450</b>	<b>0,229</b>	<b>1,964*</b>
Recherche de soutien social <sub>pat</sub>	-0,116	0,170	-0,683	-0,222	0,159	-1,401
Recherche de soutien social <sub>part</sub>	-0,057	0,178	-0,320	<b>0,344</b>	<b>0,225</b>	<b>1,532<sup>+</sup></b>
Esprit combatif <sub>pat</sub>	<b>-0,477</b>	<b>0,121</b>	<b>-3,951***</b>	-0,062	0,157	-0,393
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub>	<b>0,556</b>	<b>0,116</b>	<b>4,783***</b>	0,028	0,158	0,177
Préoccupations anxieuses <sub>pat</sub>	<b>0,451</b>	<b>0,131</b>	<b>3,432***</b>	-0,179	0,148	-1,208
Évitement <sub>pat</sub>	-0,014	0,151	-0,093	-0,142	0,145	-0,984
Dénégation <sub>pat</sub>	-0,098	0,150	-0,656	-0,121	0,141	-0,853
Anxiété <sub>pat</sub>	0,240	0,153	1,569	-0,143	0,162	-0,884
Anxiété <sub>part</sub>	<b>0,714</b>	<b>0,109</b>	<b>6,535***</b>	<b>0,369</b>	<b>0,188</b>	<b>1,959*</b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,525</b>	<b>0,121</b>	<b>4,335***</b>	0,130	0,163	0,796
Dépression <sub>part</sub>	<b>0,713</b>	<b>0,084</b>	<b>8,444***</b>	<b>0,427</b>	<b>0,146</b>	<b>2,913**</b>
Qualité de vie physique <sub>pat</sub>	<b>-0,688</b>	<b>0,151</b>	<b>-4,558***</b>	-0,227	0,175	-1,299
Qualité de vie physique <sub>part</sub>	<b>-0,519</b>	<b>0,163</b>	<b>-3,176***</b>	<b>-0,556</b>	<b>0,190</b>	<b>-2,928**</b>
Qualité de vie mentale <sub>pat</sub>	0,003	0,167	0,021	<b>0,488</b>	<b>0,144</b>	<b>3,385***</b>
Qualité de vie mentale <sub>part</sub>	-0,193	0,153	-1,268	0,119	0,159	0,750

\*p≤0,05 ; \*\*p≤0,01 ; \*\*\*p≤0,001 ; <sup>+</sup>p≤0,07

**Tableau A4 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>4</sub> sur la dépression en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	<b>-0,510</b>	<b>0,282</b>	<b>-1,806*</b>
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	-0,371	0,289	-1,285
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	-0,271	0,206	-1,317
Disponibilité du soutien social <sub>part</sub>	-0,165	0,282	-0,587
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	-0,186	0,205	-0,908
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	-0,248	0,193	-1,285
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	-0,207	0,193	-1,069
Soutien émotionnel <sub>part</sub>	-0,265	0,177	-1,495
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	-0,066	0,210	-0,313
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub>	0,118	0,214	0,549
Soutien informatif <sub>pat</sub>	0,166	0,183	0,907
Soutien informatif <sub>part</sub>	-0,187	0,172	-1,090
Soutien négatif <sub>pat</sub>	0,054	0,187	0,287
Soutien négatif <sub>part</sub>	0,044	0,186	0,235
Coping centré sur le problème <sub>pat</sub>	-0,199	0,217	-0,918
Coping centré sur le problème <sub>part</sub>	-0,181	0,221	-0,821
Coping centré sur l'émotion <sub>pat</sub>	-0,160	0,219	-0,732
Coping centré sur l'émotion <sub>part</sub>	0,234	0,185	1,268
Recherche de soutien social <sub>pat</sub>	0,063	0,185	0,342
Recherche de soutien social <sub>part</sub>	0,130	0,228	0,569
Esprit combattif <sub>pat</sub>	-0,212	0,151	-1,401
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub>	<b>0,236</b>	<b>0,156</b>	<b>1,514<sup>+</sup></b>
Préoccupations anxieuses <sub>pat</sub>	-0,027	0,156	-0,176
Evitement <sub>pat</sub>	-0,212	0,149	-1,422
Dénégation <sub>pat</sub>	-0,045	0,149	-0,302
Anxiété <sub>pat</sub>	-0,218	0,243	-0,897
Anxiété <sub>part</sub>	0,121	0,170	0,711
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,574</b>	<b>0,179</b>	<b>3,199**</b>
Dépression <sub>part</sub>	<b>0,656</b>	<b>0,157</b>	<b>4,174***</b>
Qualité de vie physique <sub>pat</sub>	0,074	0,186	0,398
Qualité de vie physique <sub>part</sub>	-0,170	0,167	-1,019
Qualité de vie mentale <sub>pat</sub>	<b>-0,299</b>	<b>0,162</b>	<b>-1,843*</b>
Qualité de vie mentale <sub>part</sub>	-0,181	0,189	-0,959

\*p≤0,05 ; \*\*p≤0,01 ; \*\*\*p≤0,001 ; <sup>+</sup>p≤0,07

**Tableau A5 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>1</sub> sur la qualité de vie physique en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	-0,013	0,136	-0,098	-0,121	0,167	-0,724
Contrôle émotionnel <sub>part</sub>	0,018	0,197	0,091	-0,243	0,187	-1,301
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	<b>0,224</b>	<b>0,145</b>	<b>1,540<sup>+</sup></b>	0,049	0,168	0,290
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	-0,003	0,213	-0,016	-0,125	0,173	-0,722
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	0,045	0,140	0,323	<b>0,235</b>	<b>0,150</b>	<b>1,563<sup>+</sup></b>
Disponibilité du soutien social <sub>part</sub>	<b>0,318</b>	<b>0,175</b>	<b>1,813*</b>	<b>0,433</b>	<b>0,263</b>	<b>1,645<sup>+</sup></b>
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	0,199	0,211	0,942	0,090	0,247	0,364
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	0,249	0,172	1,444	<b>0,445</b>	<b>0,173</b>	<b>2,574**</b>
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	0,005	0,219	0,024	0,038	0,206	0,185
Soutien émotionnel <sub>part</sub>	-0,103	0,213	-0,487	0,181	0,194	0,930
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	-0,210	0,165	-1,277	0,223	0,193	1,157
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub>	-0,254	0,209	-1,215	-0,183	0,224	-0,816
Soutien informatif <sub>pat</sub>	-0,120	0,142	-0,847	0,193	0,154	1,255
Soutien informatif <sub>part</sub>	0,062	0,176	0,352	0,105	0,201	0,522
Soutien négatif <sub>pat</sub>	0,049	0,126	0,393	0,109	0,140	0,777
Soutien négatif <sub>part</sub>	-0,207	0,172	-1,203	-0,183	0,171	-1,069
Coping centré sur le problème <sub>pat</sub>	0,116	0,129	0,902	0,196	0,141	1,394
Coping centré sur le problème <sub>part</sub>	0,041	0,226	0,180	-0,084	0,204	-0,409
Coping centré sur l'émotion <sub>pat</sub>	0,126	0,127	0,988	-0,039	0,141	-0,277
Coping centré sur l'émotion <sub>part</sub>	0,200	0,215	0,927	-0,091	0,223	-0,410
Recherche de soutien social <sub>pat</sub>	-0,041	0,140	-0,292	0,093	0,162	0,576
Recherche de soutien social <sub>part</sub>	-0,188	0,201	-0,933	-0,264	0,205	-1,288
Esprit combatif <sub>pat</sub>	0,089	0,114	0,781	-0,027	0,151	-0,181
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub>	-0,043	0,115	-0,371	-0,052	0,153	0,177
Préoccupations anxieuses <sub>pat</sub>	-0,046	0,124	-0,368	0,092	0,143	-1,208
Evitement <sub>pat</sub>	0,135	0,126	1,072	0,151	0,140	-0,984
Dénégation <sub>pat</sub>	<b>0,273</b>	<b>0,118</b>	<b>2,318*</b>	0,071	0,138	-0,853
Anxiété <sub>pat</sub>	0,174	0,128	1,360	0,126	0,158	0,797
Anxiété <sub>part</sub>	-0,028	0,163	-0,172	-0,216	0,188	-1,152
Dépression <sub>pat</sub>	-0,081	0,116	-0,697	-0,083	0,148	-0,558
Dépression <sub>part</sub>	0,019	0,150	0,128	-0,210	0,151	-1,384
Qualité de vie physique <sub>pat</sub>	<b>0,414</b>	<b>0,134</b>	<b>3,093**</b>	<b>0,341</b>	<b>0,160</b>	<b>2,135*</b>
Qualité de vie physique <sub>part</sub>	<b>0,617</b>	<b>0,163</b>	<b>3,792***</b>	<b>0,815</b>	<b>0,150</b>	<b>5,438***</b>
Qualité de vie mentale <sub>pat</sub>	-0,167	0,136	-1,227	-0,208	0,148	-1,403
Qualité de vie mentale <sub>part</sub>	<b>-0,436</b>	<b>0,150</b>	<b>-2,903**</b>	<b>-0,415</b>	<b>0,146</b>	<b>-2,845**</b>

\*p≤0,05 ; \*\*p≤0,01 ; \*\*\*p≤0,001 ; <sup>+</sup>p≤0,07

**Tableau A6 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>4</sub> sur la qualité de vie physique en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	0,285	0,266	1,069
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	0,115	0,250	0,460
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	<b>0,247</b>	<b>0,161</b>	<b>1,539<sup>+</sup></b>
Disponibilité du soutien social <sub>part</sub>	0,064	0,243	0,264
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	0,209	0,163	1,285
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	<b>0,293</b>	<b>0,176</b>	<b>1,670<sup>+</sup></b>
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	0,184	0,182	1,009
Soutien émotionnel <sub>part</sub>	0,019	0,179	0,108
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	0,056	0,199	0,281
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub>	<b>-0,289</b>	<b>0,178</b>	<b>-1,624<sup>+</sup></b>
Soutien informatif <sub>pat</sub>	-0,036	0,161	-0,221
Soutien informatif <sub>part</sub>	0,131	0,161	0,817
Soutien négatif <sub>pat</sub>	<b>-0,281</b>	<b>0,154</b>	<b>-1,829*</b>
Soutien négatif <sub>part</sub>	-0,119	0,166	-0,716
Coping centré sur le problème <sub>pat</sub>	0,011	0,183	0,062
Coping centré sur le problème <sub>part</sub>	0,195	0,197	0,989
Coping centré sur l'émotion <sub>pat</sub>	<b>0,289</b>	<b>0,179</b>	<b>1,620<sup>+</sup></b>
Coping centré sur l'émotion <sub>part</sub>	-0,116	0,152	-0,765
Recherche de soutien social <sub>pat</sub>	0,082	0,195	0,420
Recherche de soutien social <sub>part</sub>	-0,188	0,202	-0,927
Esprit combatif <sub>pat</sub>	0,072	0,144	0,505
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub>	-0,161	0,147	-1,096
Préoccupations anxieuses <sub>pat</sub>	0,064	0,146	0,441
Evitement <sub>pat</sub>	0,127	0,142	0,888
Dénégation <sub>pat</sub>	0,065	0,138	0,469
Anxiété <sub>pat</sub>	0,140	0,215	0,649
Anxiété <sub>part</sub>	-0,087	0,153	-0,566
Dépression <sub>pat</sub>	-0,219	0,169	-1,300
Dépression <sub>part</sub>	<b>-0,359</b>	<b>0,168</b>	<b>-2,137*</b>
Qualité de vie physique <sub>pat</sub>	<b>0,444</b>	<b>0,176</b>	<b>2,519**</b>
Qualité de vie physique <sub>part</sub>	<b>0,687</b>	<b>0,096</b>	<b>7,177***</b>
Qualité de vie mentale <sub>pat</sub>	0,235	0,157	1,502
Qualité de vie mentale <sub>part</sub>	-0,068	0,171	-0,399

\*p≤0,05 ; \*\*p≤0,01 ; \*\*\*p≤0,001 ; <sup>+</sup>p≤0,07

**Tableau A7 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>1</sub> sur la qualité de vie mentale en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	-0,142	0,163	-0,902	0,023	0,182	0,126
Contrôle émotionnel <sub>part</sub>	-0,067	0,232	-0,349	<b>0,424</b>	<b>0,184</b>	<b>2,299*</b>
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	0,171	0,170	1,006	0,053	0,166	0,322
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	0,104	0,226	0,459	0,148	0,166	0,892
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	<b>0,238</b>	<b>0,152</b>	<b>1,563<sup>+</sup></b>	-0,056	0,170	-0,331
Disponibilité du soutien social <sub>part</sub>	0,205	0,199	1,032	-0,250	0,281	-0,890
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	0,280	0,232	1,207	-0,110	0,244	-0,450
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	<b>0,334</b>	<b>0,157</b>	<b>2,123*</b>	-0,227	0,188	-1,212
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	0,246	0,227	1,084	<b>-0,367</b>	<b>0,196</b>	<b>-0,873*</b>
Soutien émotionnel <sub>part</sub>	<b>0,417</b>	<b>0,178</b>	<b>2,337*</b>	-0,163	0,177	-0,923
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	-0,025	0,200	-0,128	<b>-0,446</b>	<b>0,176</b>	<b>-2,531**</b>
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub>	0,121	0,190	0,635	-0,059	0,223	-0,264
Soutien informatif <sub>pat</sub>	-0,046	0,167	-0,276	-0,096	0,145	-0,667
Soutien informatif <sub>part</sub>	<b>0,307</b>	<b>0,163</b>	<b>1,890*</b>	-0,005	0,197	-0,024
Soutien négatif <sub>pat</sub>	-0,140	0,148	-0,947	-0,169	0,123	-1,368
Soutien négatif <sub>part</sub>	-0,252	0,176	-1,434	0,072	0,172	0,420
Coping centré sur le problème <sub>pat</sub>	0,102	0,146	0,700	<b>-0,314</b>	<b>0,142</b>	<b>-2,204*</b>
Coping centré sur le problème <sub>part</sub>	0,124	0,200	0,621	0,128	0,195	0,656
Coping centré sur l'émotion <sub>pat</sub>	-0,096	0,142	-0,678	0,097	0,145	0,666
Coping centré sur l'émotion <sub>part</sub>	-0,164	0,203	-0,807	0,026	0,217	0,121
Recherche de soutien social <sub>pat</sub>	0,105	0,158	0,661	-0,187	0,157	-1,194
Recherche de soutien social <sub>part</sub>	0,093	0,209	0,445	-0,017	0,222	-0,078
Esprit combatif <sub>pat</sub>	0,054	0,130	0,415	-0,052	0,157	-0,331
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub>	-0,029	0,131	-0,223	0,028	0,161	0,176
Préoccupations anxieuses <sub>pat</sub>	-0,046	0,132	-0,352	-0,070	0,150	-0,470
Evitement <sub>pat</sub>	-0,124	0,145	-0,854	-0,148	0,147	-1,008
Dénégation <sub>pat</sub>	-0,025	0,140	-0,180	0,120	0,444	0,832
Anxiété <sub>pat</sub>	-0,043	0,155	-0,280	-0,015	0,146	-0,105
Anxiété <sub>part</sub>	<b>-0,339</b>	<b>0,161</b>	<b>-2,109*</b>	-0,003	0,190	-0,015
Dépression <sub>pat</sub>	-0,049	0,132	-0,369	0,154	0,135	1,136
Dépression <sub>part</sub>	<b>-0,394</b>	<b>0,137</b>	<b>-2,866**</b>	0,118	0,152	0,775
Qualité de vie physique <sub>pat</sub>	0,194	0,169	1,148	-0,062	0,143	-0,436
Qualité de vie physique <sub>part</sub>	<b>0,301</b>	<b>0,188</b>	<b>1,597<sup>+</sup></b>	<b>-0,341</b>	<b>0,194</b>	<b>-1,759*</b>
Qualité de vie mentale <sub>pat</sub>	-0,174	0,160	-1,092	-0,033	0,132	-0,249
Qualité de vie mentale <sub>part</sub>	0,154	0,160	0,960	0,214	0,156	1,368

\*p≤0,05 ; \*\*p≤0,01 ; \*\*\*p≤0,001 ; <sup>+</sup>p≤0,07

**Tableau A8 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>4</sub> sur la qualité de vie mentale en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	-0,023	0,297	-0,079
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	-0,115	0,240	-0,477
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	<b>-0,314</b>	<b>0,158</b>	<b>-1,991*</b>
Disponibilité du soutien social <sub>part</sub>	-0,102	0,287	-0,354
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	-0,099	0,160	-0,619
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	<b>-0,317</b>	<b>0,186</b>	<b>-1,710*</b>
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	-0,034	0,200	-0,169
Soutien émotionnel <sub>part</sub>	0,043	0,191	0,227
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	-0,108	0,219	-0,492
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub>	0,122	0,202	0,604
Soutien informatif <sub>pat</sub>	0,159	0,168	0,947
Soutien informatif <sub>part</sub>	-0,188	0,163	-1,158
Soutien négatif <sub>pat</sub>	0,182	0,161	1,132
Soutien négatif <sub>part</sub>	0,012	0,167	0,071
Coping centré sur le problème <sub>pat</sub>	0,217	0,205	1,061
Coping centré sur le problème <sub>part</sub>	0,084	0,207	0,405
Coping centré sur l'émotion <sub>pat</sub>	-0,174	0,191	-0,908
Coping centré sur l'émotion <sub>part</sub>	0,109	0,149	0,733
Recherche de soutien social <sub>pat</sub>	-0,063	0,186	-0,338
Recherche de soutien social <sub>part</sub>	-0,104	0,230	-0,453
Esprit combatif <sub>pat</sub>	0,131	0,156	0,839
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub>	0,013	0,162	0,080
Préoccupations anxieuses <sub>pat</sub>	-0,078	0,159	-0,493
Evitement <sub>pat</sub>	0,080	0,156	0,514
Dénégation <sub>pat</sub>	0,108	0,151	0,719
Anxiété <sub>pat</sub>	-0,261	0,231	-1,130
Anxiété <sub>part</sub>	0,065	0,159	0,412
Dépression <sub>pat</sub>	-0,078	0,192	-0,409
Dépression <sub>part</sub>	0,135	0,184	0,733
Qualité de vie physique <sub>pat</sub>	-0,194	0,200	-0,973
Qualité de vie physique <sub>part</sub>	<b>-0,361</b>	<b>0,144</b>	<b>-2,501**</b>
Qualité de vie mentale <sub>pat</sub>	0,118	0,175	0,672
Qualité de vie mentale <sub>part</sub>	0,011	0,174	0,062

\*p≤0,05 ; \*\*p≤0,01 ; \*\*\*p≤0,001 ; †p≤0,07

**Tableau A9 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>1</sub> sur l'anxiété en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	0,225	0,165	1,358	0,005	0,197	0,023
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	0,202	0,156	1,300	<b>0,431</b>	<b>0,174</b>	<b>2,478**</b>
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	-0,148	0,191	-0,773	<b>-0,629</b>	<b>0,195</b>	<b>-3,231**</b>
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	-0,059	0,175	-0,336	-0,128	0,169	-0,755
Disponibilité soutien <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	0,207	0,183	1,131	-0,184	0,217	-0,851
Disponibilité soutien <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	0,230	0,170	1,356	0,201	0,196	1,022
Satisfaction soutien <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	0,332	0,268	1,240	0,041	0,311	0,131
Satisfaction soutien <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	0,033	0,137	0,241	0,062	0,136	0,459
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	-0,187	0,257	-0,728	<b>-0,372</b>	<b>0,240</b>	<b>-1,553<sup>+</sup></b>
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	0,047	0,179	0,264	-0,089	0,157	-0,564
Soutien mat/distractif <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	-0,167	0,212	-0,789	<b>-0,617</b>	<b>0,219</b>	<b>-2,814**</b>
Soutien mat/distractif <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	0,179	0,176	1,014	-0,094	0,182	-0,515
Soutien informatif <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	0,100	0,216	0,465	0,072	0,236	0,305
Soutien informatif <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	0,180	0,150	1,200	-0,008	0,144	-0,054
Soutien négatif <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	-0,023	0,170	-0,135	0,087	0,198	0,437
Soutien négatif <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	<b>0,236</b>	<b>0,142</b>	<b>1,661<sup>+</sup></b>	0,060	0,164	0,364
Coping centré problème <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	0,083	0,167	0,499	-0,039	0,154	-0,254
Coping centré problème <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	0,100	0,164	0,611	0,041	0,168	0,244
Coping centré émotion <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	<b>-0,229</b>	<b>0,109</b>	<b>-2,101*</b>	0,228	0,169	1,352
Coping centré émotion <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	<b>0,307</b>	<b>0,139</b>	<b>2,204*</b>	0,126	0,170	0,738
Recherche de soutien <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	-0,078	0,160	-0,492	0,006	0,196	0,032
Recherche de soutien <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	-0,186	0,172	-1,078	<b>-0,396</b>	<b>0,170</b>	<b>-2,335*</b>
Esprit combatif <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	0,089	0,171	0,521	0,062	0,173	0,358
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	-0,169	0,203	-0,831	-0,138	0,187	-0,738
Préoccup anxieuses <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	<b>-0,273</b>	<b>0,158</b>	<b>-1,724*</b>	-0,147	0,179	-0,822
Evitement <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	0,013	0,161	0,079	0,025	0,149	0,166
Dénégation <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	<b>-0,312</b>	<b>0,153</b>	<b>-2,047*</b>	-0,130	0,168	-0,755
Anxiété <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	-0,142	0,111	-1,275	-0,004	0,159	-0,029
Anxiété <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	<b>0,190</b>	<b>0,119</b>	<b>1,601<sup>+</sup></b>	0,231	0,158	1,463
Dépression <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	<b>-0,307</b>	<b>0,143</b>	<b>-2,149*</b>	0,135	0,181	0,749
Dépression <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	-0,028	0,131	-0,212	0,130	0,139	0,935
QDV physique <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	0,154	0,198	0,779	<b>-0,506</b>	<b>0,208</b>	<b>-2,428*</b>
QDV physique <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	-0,016	0,192	-0,085	-0,000	0,181	-0,002
QDV mentale <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	-0,099	0,149	-0,667	<b>0,328</b>	<b>0,177</b>	<b>1,858*</b>
QDV mentale <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	-0,222	0,164	-1,350	<b>-0,288</b>	<b>0,142</b>	<b>-2,022*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001 ; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A10 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>4</sub> sur l'anxiété en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	-0,262	0,307	-0,852
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	-0,413	0,279	-1,477
Disponibilité du soutien <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	-0,210	0,200	-1,050
Disponibilité du soutien <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	-0,399	0,263	-1,515
Satisfaction du soutien <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	-0,057	0,195	-0,295
Satisfaction du soutien <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	<b>-0,336</b>	<b>0,178</b>	<b>-1,886*</b>
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	<b>-0,373</b>	<b>0,189</b>	<b>-1,975*</b>
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	<b>-0,375</b>	<b>0,170</b>	<b>-2,200*</b>
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	<b>-0,414</b>	<b>0,220</b>	<b>-1,883*</b>
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	<b>-0,421</b>	<b>0,184</b>	<b>-2,293*</b>
Soutien informatif <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	-0,135	0,177	-0,763
Soutien informatif <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	<b>-0,306</b>	<b>0,161</b>	<b>-1,909*</b>
Soutien négatif <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	0,283	0,209	1,350
Soutien négatif <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	0,135	0,177	0,760
Coping centré problème <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	0,280	0,210	1,330
Coping centré problème <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	0,012	0,202	0,060
Coping centré émotion <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	0,047	0,188	0,249
Coping centré émotion <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	0,169	0,168	1,008
Recherche de soutien social <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	-0,248	0,189	-1,312
Recherche de soutien social <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	<b>-0,551</b>	<b>0,183</b>	<b>-3,003**</b>
Esprit combatif <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	0,068	0,171	0,400
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	-0,007	0,200	-0,033
Préoccupations anxieuses <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	0,062	0,176	0,354
Evitement <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	0,140	0,167	0,838
Dénégation <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	-0,052	0,166	-0,315
Anxiété <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	0,225	0,216	1,040
Anxiété <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	0,199	0,138	1,440
Dépression <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	0,083	0,179	0,462
Dépression <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	0,245	0,171	1,428
Qualité de vie physique <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	-0,191	0,212	-0,903
Qualité de vie physique <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	<b>0,307</b>	<b>0,158</b>	<b>1,937*</b>
Qualité de vie mentale <sub>pat</sub> → Anx <sub>part</sub>	0,118	0,176	0,669
Qualité de vie mentale <sub>part</sub> → Anx <sub>pat</sub>	-0,200	0,167	-1,203

\*p≤0,05 ; \*\*p≤0,01 ; \*\*\*p≤0,001 ; †p≤0,07

**Tableau A11 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>1</sub> sur la dépression en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>0,265</b>	<b>0,140</b>	<b>1,895*</b>	-0,073	0,175	-0,415
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	0,260	0,201	1,291	0,158	0,202	0,782
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	-0,159	0,155	-1,030	-0,199	0,189	-1,051
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	0,191	0,182	1,049	0,278	0,191	1,450
Disponibilité du soutien <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	-0,107	0,173	-0,620	<b>-0,346</b>	<b>0,207</b>	<b>-1,672<sup>+</sup></b>
Disponibilité du soutien <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	0,123	0,193	0,639	-0,106	0,195	-0,545
Satisfaction du soutien <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>0,406</b>	<b>0,230</b>	<b>1,765*</b>	0,225	0,270	0,835
Satisfaction du soutien <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	0,070	0,131	0,536	0,075	0,146	0,516
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,485</b>	<b>0,190</b>	<b>-2,551**</b>	<b>-0,458</b>	<b>0,206</b>	<b>-2,222*</b>
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	0,054	0,186	0,292	-0,178	0,144	-1,241
Soutien mat/distractif <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,438</b>	<b>0,162</b>	<b>-2,709**</b>	<b>-0,558</b>	<b>0,183</b>	<b>-3,044**</b>
Soutien mat/distractif <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	0,007	0,196	0,038	-0,212	0,181	-1,173
Soutien informatif <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	-0,158	0,183	-0,864	-0,063	0,210	-0,302
Soutien informatif <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	-0,057	0,167	-0,340	-0,183	0,146	-1,249
Soutien négatif <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,227</b>	<b>0,130</b>	<b>-1,746*</b>	<b>-0,304</b>	<b>0,165</b>	<b>-1,846*</b>
Soutien négatif <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	<b>0,483</b>	<b>0,160</b>	<b>3,023**</b>	-0,073	0,177	-0,412
Coping centré problème <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	-0,189	0,143	-1,325	<b>-0,271</b>	<b>0,127</b>	<b>-2,130*</b>
Coping centré problème <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	<b>0,276</b>	<b>0,173</b>	<b>1,594<sup>+</sup></b>	-0,025	0,175	-0,144
Coping centré émotion <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,185</b>	<b>0,113</b>	<b>-1,626<sup>+</sup></b>	0,048	0,178	0,270
Coping centré émotion <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	<b>0,448</b>	<b>0,178</b>	<b>2,512**</b>	0,124	0,179	0,690
Recherche de soutien <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,288</b>	<b>0,139</b>	<b>-2,069*</b>	-0,221	0,170	-1,299
Recherche de soutien <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	0,115	0,209	0,549	-0,258	0,186	-1,390
Esprit combatif <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	0,039	0,153	0,259	0,062	0,173	0,358
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	-0,060	0,180	-0,335	-0,138	0,187	-0,738
Préoccup anxieuses <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,292</b>	<b>0,139</b>	<b>-2,108*</b>	-0,147	0,179	-0,822
Evitement <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	-0,052	0,146	-0,357	0,025	0,149	0,166
Dénégation <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,216</b>	<b>0,138</b>	<b>-1,563<sup>+</sup></b>	-0,130	0,168	-0,775
Anxiété <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,262</b>	<b>0,100</b>	<b>-2,632**</b>	<b>-0,302</b>	<b>0,152</b>	<b>-1,984*</b>
Anxiété <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	0,176	0,165	1,072	-0,020	0,188	-0,104
Dépression <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	0,004	0,094	0,040	0,195	0,154	1,264
Dépression <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	0,073	0,129	0,568	-0,014	0,152	-0,095
Qualité de vie physique <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	-0,113	0,164	-0,690	<b>-0,303</b>	<b>0,186</b>	<b>-1,630<sup>+</sup></b>
Qualité de vie physique <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	-0,002	0,184	-0,012	<b>0,293</b>	<b>0,194</b>	<b>1,511<sup>+</sup></b>
Qualité de vie mentale <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	0,163	0,145	1,121	<b>0,369</b>	<b>0,163</b>	<b>2,265*</b>
Qualité de vie mentale <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	-0,189	0,181	-1,049	-0,127	0,146	-0,873

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001 ; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A12 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>4</sub> sur la dépression en T<sub>6</sub>**

**d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	0,000	0,280	0,001
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	0,313	0,304	1,030
Disponibilité du soutien <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	-0,225	0,173	-1,298
Disponibilité du soutien <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	-0,072	0,307	-0,235
Satisfaction du soutien <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	-0,195	0,176	-1,111
Satisfaction du soutien <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	0,024	0,219	0,110
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,369</b>	<b>0,168</b>	<b>-2,196*</b>
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	-0,259	0,195	-1,323
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,435</b>	<b>0,205</b>	<b>-2,120*</b>
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	<b>-0,445</b>	<b>0,217</b>	<b>-2,055*</b>
Soutien informatif <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	-0,175	0,168	-1,042
Soutien informatif <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	-0,109	0,191	-0,573
Soutien négatif <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	0,088	0,203	0,436
Soutien négatif <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	<b>-0,332</b>	<b>0,197</b>	<b>-1,687*</b>
Coping centré problème <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	-0,037	0,200	-0,186
Coping centré problème <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	0,008	0,233	0,035
Coping centré émotion <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	-0,130	0,178	-0,726
Coping centré émotion <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	0,025	0,231	0,107
Recherche de soutien social <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	<b>-0,398</b>	<b>0,172</b>	<b>-2,311*</b>
Recherche de soutien social <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	<b>-0,526</b>	<b>0,221</b>	<b>-2,377*</b>
Esprit combattif <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	0,051	0,161	0,315
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	0,087	0,188	0,464
Préoccupations anxieuses <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	-0,000	0,165	-0,001
Évitement <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	0,055	0,159	0,345
Dénégation <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	0,087	0,156	0,557
Anxiété <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	0,111	0,226	0,493
Anxiété <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	0,157	0,189	0,857
Dépression <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	0,038	0,154	0,246
Dépression <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	-0,046	0,184	-0,251
Qualité de vie physique <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	-0,249	0,197	-1,263
Qualité de vie physique <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	<b>0,295</b>	<b>0,163</b>	<b>1,809*</b>
Qualité de vie mentale <sub>pat</sub> → Dép <sub>part</sub>	0,023	0,174	0,134
Qualité de vie mentale <sub>part</sub> → Dép <sub>pat</sub>	0,012	0,167	0,074

\*p≤0,05 ; \*\*p≤0,01 ; \*\*\*p≤0,001 ; †p≤0,07

**Tableau A13 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>1</sub> sur la qualité de vie physique en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,032	0,164	0,195	0,049	0,169	0,293
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	<b>-0,255</b>	<b>0,166</b>	<b>-1,536<sup>+</sup></b>	<b>-0,311</b>	<b>0,188</b>	<b>-1,654<sup>+</sup></b>
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	-0,025	0,166	-0,150	0,036	0,151	0,241
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	-0,185	0,155	-1,195	-0,041	0,178	-0,231
Disponibilité du soutien <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	-0,070	0,138	-0,505	0,046	0,179	0,257
Disponibilité du soutien <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	<b>0,286</b>	<b>0,157</b>	<b>1,822*</b>	0,191	0,181	1,052
Satisfaction du soutien <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	-0,017	0,254	-0,068	-0,053	0,256	-0,208
Satisfaction du soutien <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	-0,004	0,119	-0,037	0,130	0,147	0,885
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,101	0,261	0,387	0,189	0,242	0,780
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	-0,125	0,156	-0,804	0,130	0,151	0,857
Soutien mat/distractif <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,095	0,198	0,482	<b>0,353</b>	<b>0,203</b>	<b>1,739*</b>
Soutien mat/distractif <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	<b>0,376</b>	<b>0,147</b>	<b>2,555**</b>	0,178	0,170	1,045
Soutien informatif <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	<b>-0,453</b>	<b>0,204</b>	<b>-2,218*</b>	-0,279	0,199	-1,402
Soutien informatif <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	0,168	0,131	1,281	-0,100	0,141	-0,707
Soutien négatif <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	<b>0,353</b>	<b>0,147</b>	<b>2,402*</b>	<b>0,313</b>	<b>0,154</b>	<b>2,026*</b>
Soutien négatif <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	<b>-0,259</b>	<b>0,137</b>	<b>-1,894*</b>	-0,029	0,167	-0,172
Coping centré problème <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	-0,025	0,182	-0,140	<b>0,262</b>	<b>0,158</b>	<b>1,658<sup>+</sup></b>
Coping centré problème <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	-0,107	0,159	-0,673	<b>-0,290</b>	<b>0,174</b>	<b>-1,667<sup>+</sup></b>
Coping centré émotion <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,028	0,155	0,178	0,043	0,173	0,249
Coping centré émotion <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	-0,088	0,161	-0,543	0,108	0,175	0,615
Recherche de soutien <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	<b>0,239</b>	<b>0,154</b>	<b>1,546<sup>+</sup></b>	<b>0,382</b>	<b>0,155</b>	<b>2,458**</b>
Recherche de soutien <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	-0,135	0,169	-0,799	-0,053	0,189	-0,281
Esprit combattif <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	-0,109	0,158	-0,692	-0,055	0,151	-0,367
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	<b>0,281</b>	<b>0,186</b>	<b>1,514<sup>+</sup></b>	0,107	0,164	0,651
Préoccup anxieuses <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,220	0,151	1,455	0,178	0,154	1,155
Evitement <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,125	0,144	0,869	0,052	0,150	0,344
Dénégation <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	-0,027	0,149	-0,178	-0,080	0,148	-0,539
Anxiété <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	<b>0,234</b>	<b>0,152</b>	<b>1,538<sup>+</sup></b>	0,171	0,152	1,124
Anxiété <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	<b>-0,278</b>	<b>0,135</b>	<b>-2,054*</b>	-0,142	0,186	-0,763
Dépression <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,163	0,166	0,984	0,074	0,159	0,466
Dépression <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	<b>-0,217</b>	<b>0,125</b>	<b>-1,745*</b>	-0,151	0,145	-1,042
Qualité de vie physique <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	-0,199	0,161	-1,232	-0,079	0,147	-0,536
Qualité de vie physique <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	<b>0,250</b>	<b>0,162</b>	<b>1,540<sup>+</sup></b>	0,260	0,180	1,443
Qualité de vie mentale <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,049	0,147	0,335	-0,041	0,150	-0,277
Qualité de vie mentale <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	0,083	0,147	0,565	-0,064	0,148	-0,430

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001 ; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A14 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>4</sub> sur la qualité de vie physique en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,024	0,242	0,101
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	-0,004	0,281	-0,014
Disponibilité du soutien <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,179	0,150	1,191
Disponibilité du soutien <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	0,055	0,242	0,226
Satisfaction du soutien <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,102	0,160	0,639
Satisfaction du soutien <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	0,221	0,188	1,179
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	<b>0,261</b>	<b>0,169</b>	<b>1,545<sup>+</sup></b>
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	0,128	0,186	0,688
Soutien matériel - distractif <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	<b>0,464</b>	<b>0,171</b>	<b>2,712<sup>**</sup></b>
Soutien matériel - distractif <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	<b>0,289</b>	<b>0,190</b>	<b>1,522<sup>+</sup></b>
Soutien informatif <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,045	0,157	0,289
Soutien informatif <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	-0,103	0,171	-0,603
Soutien négatif <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,155	0,180	0,859
Soutien négatif <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	-0,240	0,163	-1,471
Coping centré problème <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,160	0,179	0,894
Coping centré problème <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	-0,182	0,198	-0,921
Coping centré émotion <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,158	0,147	1,074
Coping centré émotion <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	-0,169	0,188	-0,899
Recherche de soutien social <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	<b>0,376</b>	<b>0,153</b>	<b>2,459<sup>**</sup></b>
Recherche de soutien social <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	-0,145	0,214	-0,677
Esprit combatif <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	-0,122	0,152	-0,802
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,043	0,179	0,242
Préoccupations anxieuses <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,076	0,150	0,507
Evitement <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	-0,093	0,150	-0,620
Dénégation <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	-0,178	0,145	-1,230
Anxiété <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,248	0,203	1,221
Anxiété <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	0,003	0,163	0,021
Dépression <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,100	0,165	0,605
Dépression <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	-0,242	0,181	-1,332
Qualité de vie physique <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	0,125	0,112	1,115
Qualité de vie physique <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	-0,109	0,151	-0,724
Qualité de vie mentale <sub>pat</sub> → QDVP <sub>part</sub>	-0,092	0,158	-0,581
Qualité de vie mentale <sub>part</sub> → QDVP <sub>pat</sub>	0,034	0,162	0,210

\*p≤0,05 ; \*\*p≤0,01 ; \*\*\*p≤0,001 ; <sup>+</sup>p≤0,07

**Tableau A15 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>1</sub> sur la qualité de vie mentale en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimatio n	Erreur Standard	t	Estimatio n	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	<b>-0,285</b>	<b>0,162</b>	<b>-1,766*</b>	0,116	0,167	0,695
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	<b>-0,368</b>	<b>0,193</b>	<b>-1,908*</b>	-0,008	0,205	-0,040
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,025	0,177	0,142	0,144	0,145	0,994
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	0,149	0,182	0,822	0,124	0,175	0,706
Disponibilité soutien <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,048	0,157	0,307	0,039	0,161	0,203
Disponibilité soutien <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	-0,166	0,171	-0,972	<b>-0,311</b>	0,204	<b>-1,521+</b>
Satisfaction soutien <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	-0,351	0,236	-1,489	0,033	0,278	0,118
Satisfaction soutien <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	0,039	0,131	0,300	<b>-0,278</b>	0,145	<b>-1,916*</b>
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,092	0,220	0,419	0,116	0,223	0,520
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	0,005	0,162	0,030	0,145	0,144	1,010
Soutien mat/distractif <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,237	0,182	1,297	0,157	0,206	0,763
Soutien mat/distractif <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	0,089	0,179	0,497	0,191	0,156	1,225
Soutien informatif <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,062	0,187	0,329	0,070	0,195	0,361
Soutien informatif <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	-0,003	0,155	-0,020	0,176	0,132	1,331
Soutien négatif <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,009	0,151	0,061	-0,121	0,156	-0,776
Soutien négatif <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	-0,237	0,161	-1,467	0,031	0,147	0,214
Coping centré problème <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,221	0,161	1,371	-0,178	0,151	-1,182
Coping centré problème <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	-0,059	0,180	-0,325	0,198	0,176	1,126
Coping centré émotion <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,176	0,148	1,193	-0,009	0,168	-0,056
Coping centré émotion <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	-0,245	0,180	-1,364	-0,203	0,180	-1,127
Recherche soutien social <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,011	0,161	0,068	-0,224	0,168	-1,331
Recherche soutien social <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	0,048	0,191	0,252	<b>0,312</b>	<b>0,182</b>	<b>1,713*</b>
Esprit combattif <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,023	0,166	0,138	0,030	0,149	0,204
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	-0,007	0,199	-0,037	0,019	0,162	0,120
Préoccupations anxieuses <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,072	0,160	0,449	-0,008	0,156	-0,053
Evitement <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	-0,155	0,145	-1,041	0,076	0,139	0,550
Dénégation <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	-0,011	0,140	-0,073	0,197	0,143	1,380
Anxiété <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,040	0,150	0,269	0,055	0,154	0,357
Anxiété <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	0,005	0,165	0,031	0,106	0,172	0,616
Dépression <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	-0,067	0,150	-0,444	-0,113	0,160	-0,704
Dépression <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	0,056	0,141	0,395	0,142	0,132	1,074
Qualité de vie physique <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,226	0,185	1,223	0,095	0,190	0,500
Qualité de vie physique <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	-0,139	0,205	-0,680	<b>-0,485</b>	<b>0,161</b>	<b>-3,018**</b>
Qualité de vie mentale <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	<b>-0,267</b>	<b>0,156</b>	<b>-1,705*</b>	0,007	0,160	0,042
Qualité de vie mentale <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	0,006	0,172	0,034	<b>0,299</b>	<b>0,132</b>	<b>2,660*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; +p<0,07

**Tableau A16 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social, du coping, de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie évalués en T<sub>4</sub> sur la qualité de vie mentale en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	-0,013	0,233	-0,055
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	0,076	0,313	0,244
Disponibilité du soutien <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	-0,075	0,177	-0,424
Disponibilité du soutien <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	0,248	0,238	1,042
Satisfaction du soutien <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,102	0,169	0,606
Satisfaction du soutien <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	-0,205	0,184	-1,109
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	-0,012	0,181	-0,069
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	0,204	0,204	0,999
Soutien matériel/distractif <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	-0,169	0,194	-0,868
Soutien matériel/distractif <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	0,017	0,209	0,083
Soutien informatif <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,171	0,159	1,080
Soutien informatif <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	0,253	0,178	1,417
Soutien négatif <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	<b>-0,318</b>	<b>0,181</b>	<b>-1,757*</b>
Soutien négatif <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	0,141	0,171	0,823
Coping centré problème <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	-0,191	0,188	-1,016
Coping centré problème <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	-0,042	0,222	-0,190
Coping centré émotion <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,019	0,144	0,131
Coping centré émotion <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	0,049	0,202	0,244
Recherche soutien social <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,062	0,174	0,356
Recherche soutien social <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	<b>0,622</b>	<b>0,204</b>	<b>3,051**</b>
Esprit combatif <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	-0,083	0,151	-0,551
Impuissance/désespoir <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	-0,070	0,177	-0,394
Préoccupations anxieuses <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	-0,035	0,154	-0,228
Évitement <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,131	0,148	0,884
Dénégation <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,152	0,145	1,048
Anxiété <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	-0,224	0,211	-1,061
Anxiété <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	-0,034	0,175	-0,191
Dépression <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	-0,054	0,181	-0,301
Dépression <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	0,186	0,207	0,900
Qualité de vie physique <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,120	0,171	0,705
Qualité de vie physique <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	<b>-0,305</b>	<b>0,170</b>	<b>-1,794*</b>
Qualité de vie mentale <sub>pat</sub> → QDVM <sub>part</sub>	0,030	0,161	0,186
Qualité de vie mentale <sub>part</sub> → QDVM <sub>pat</sub>	0,071	0,181	0,392

\*p≤0,05 ; \*\*p≤0,01 ; \*\*\*p≤0,001 ; +p≤0,07

**Tableau A17 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le coping centré sur le problème en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	<b>-0,367</b>	<b>0,146</b>	<b>-2,516**</b>	-0,182	0,149	-1,222
Contrôle émotionnel <sub>part</sub>	0,210	0,178	1,183	0,226	0,195	1,161
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	-0,006	0,153	-0,040	-0,055	0,153	-0,361
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	0,145	0,203	0,716	0,098	0,161	0,611
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	0,324	0,163	1,980	0,206	0,164	1,257
Disponibilité du soutien social <sub>part</sub>	-0,147	0,217	-0,679	-0,085	0,293	-0,291
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	0,158	0,230	0,687	<b>0,329</b>	<b>0,202</b>	<b>1,627<sup>+</sup></b>
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	0,206	0,151	1,357	<b>0,336</b>	<b>0,169</b>	<b>1,993*</b>
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	-0,021	0,234	-0,090	0,268	0,220	1,217
Soutien émotionnel <sub>part</sub>	<b>0,376</b>	<b>0,172</b>	<b>2,181*</b>	0,077	0,175	0,443
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	-0,088	0,192	-0,458	<b>0,429</b>	<b>0,177</b>	<b>2,419*</b>
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub>	-0,048	0,196	-0,248	-0,071	0,218	-0,324
Soutien informatif <sub>pat</sub>	<b>-0,500</b>	<b>0,138</b>	<b>-3,168***</b>	-0,200	0,158	-1,265
Soutien informatif <sub>part</sub>	0,183	0,167	1,098	0,040	0,195	0,206
Soutien négatif <sub>pat</sub>	0,272	0,138	1,966	0,120	0,146	0,822
Soutien négatif <sub>part</sub>	0,228	0,168	1,361	-0,010	0,178	-0,055
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,234</b>	<b>0,141</b>	<b>1,656<sup>+</sup></b>	0,162	0,148	1,089
Anxiété <sub>part</sub>	-0,180	0,152	-1,184	-0,117	0,187	-0,624
Dépression <sub>pat</sub>	0,026	0,135	-0,242	-0,174	0,146	-1,194
Dépression <sub>part</sub>	<b>-0,217</b>	<b>0,134</b>	<b>1,867<sup>+</sup></b>	-0,151	0,148	-1,021

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A18 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur le coping centré sur le problème en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	0,328	0,236	1,388
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	0,296	0,259	1,107
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	0,097	0,161	0,603
Disponibilité du soutien social <sub>part</sub>	<b>0,374</b>	<b>0,220</b>	<b>1,703<sup>+</sup></b>
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	0,094	0,175	0,540
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	0,257	0,186	1,380
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	<b>0,371</b>	<b>0,156</b>	<b>2,374*</b>
Soutien émotionnel <sub>part</sub>	<b>0,313</b>	<b>0,164</b>	<b>1,904*</b>
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	<b>0,525</b>	<b>0,172</b>	<b>3,043**</b>
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub>	-0,062	0,201	-0,306
Soutien informatif <sub>pat</sub>	<b>0,236</b>	<b>0,153</b>	<b>1,541<sup>+</sup></b>
Soutien informatif <sub>part</sub>	0,071	0,161	0,438
Soutien négatif <sub>pat</sub>	0,205	0,161	1,272
Soutien négatif <sub>part</sub>	0,126	0,171	0,741
Anxiété <sub>pat</sub>	0,131	0,207	0,630
Anxiété <sub>part</sub>	-0,002	0,157	-0,015
Dépression <sub>pat</sub>	-0,209	0,167	-1,249
Dépression <sub>part</sub>	<b>-0,348</b>	<b>0,170</b>	<b>-2,050*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A19 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le coping centré sur le problème en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub> → Prob <sub>part</sub>	-0,201	0,162	-1,244	0,224	0,177	1,266
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → Prob <sub>part</sub>	0,178	0,175	1,015	0,167	0,166	1,008
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → Prob <sub>part</sub>	-0,059	0,165	-0,359	0,004	0,141	0,033
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → Prob <sub>part</sub>	<b>-0,325</b>	<b>0,165</b>	<b>-1,969*</b>	0,000	0,161	0,000
Disponibilité soutien <sub>pat</sub> → Prob <sub>part</sub>	0,079	0,168	0,473	0,131	0,202	0,652
Disponibilité soutien <sub>part</sub> → Prob <sub>part</sub>	-0,191	0,185	-1,034	0,022	0,193	0,117
Satisfaction soutien <sub>pat</sub> → Prob <sub>part</sub>	-0,309	0,237	-1,302	-0,340	0,253	-1,340
Satisfaction soutien <sub>part</sub> → Prob <sub>part</sub>	-0,178	0,132	-1,353	-0,053	0,118	-0,448
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → Prob <sub>part</sub>	0,006	0,219	0,026	0,264	0,218	1,213
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → Prob <sub>part</sub>	0,192	0,168	1,143	0,183	0,183	1,123
Soutien matériel/dis <sub>pat</sub> → Prob <sub>part</sub>	-0,101	0,193	-0,521	0,275	0,197	1,395
Soutien matériel/dis <sub>part</sub> → Prob <sub>part</sub>	0,101	0,179	0,563	0,131	0,161	0,813
Soutien informatif <sub>pat</sub> → Prob <sub>part</sub>	-0,258	0,195	-1,319	0,050	0,193	0,260
Soutien informatif <sub>part</sub> → Prob <sub>part</sub>	<b>0,326</b>	<b>0,128</b>	<b>2,553*</b>	0,225	0,142	1,571
Soutien négatif <sub>pat</sub> → Prob <sub>part</sub>	0,127	0,140	0,910	0,031	0,160	0,194
Soutien négatif <sub>part</sub> → Prob <sub>part</sub>	-0,010	0,151	-0,065	0,013	0,171	0,074
Anxiété <sub>pat</sub> → Prob <sub>part</sub>	<b>0,254</b>	<b>0,136</b>	<b>1,867*</b>	0,135	0,152	0,887
Anxiété <sub>part</sub> → Prob <sub>part</sub>	-0,037	0,152	-0,242	-0,011	0,169	-0,066
Dépression <sub>pat</sub> → Prob <sub>part</sub>	0,110	0,149	0,740	-0,152	0,156	-0,974
Dépression <sub>part</sub> → Prob <sub>part</sub>	-0,139	0,149	-0,936	-0,066	0,140	-0,472

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; †p<0,07

**Tableau A20 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur le coping centré sur le problème en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → Problème <sub>part</sub>	-0,196	0,259	-0,759
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → Problème <sub>part</sub>	-0,118	0,253	-0,467
Disponibilité du soutien <sub>pat</sub> → Problème <sub>part</sub>	0,011	0,135	0,084
Disponibilité du soutien <sub>part</sub> → Problème <sub>part</sub>	0,356	0,258	1,380
Satisfaction du soutien <sub>pat</sub> → Problème <sub>part</sub>	0,051	0,169	0,299
Satisfaction du soutien <sub>part</sub> → Problème <sub>part</sub>	0,135	0,195	0,691
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → Problème <sub>part</sub>	<b>0,246</b>	<b>0,156</b>	<b>1,583<sup>†</sup></b>
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → Problème <sub>part</sub>	0,062	0,156	0,394
Soutien matériel/dis <sub>pat</sub> → Problème <sub>part</sub>	<b>0,296</b>	<b>0,193</b>	<b>1,534<sup>†</sup></b>
Soutien matériel/dis <sub>part</sub> → Problème <sub>part</sub>	-0,145	0,172	-0,845
Soutien informatif <sub>pat</sub> → Problème <sub>part</sub>	0,159	0,157	1,012
Soutien informatif <sub>part</sub> → Problème <sub>part</sub>	-0,014	0,161	-0,090
Soutien négatif <sub>pat</sub> → Problème <sub>part</sub>	-0,028	0,184	-0,151
Soutien négatif <sub>part</sub> → Problème <sub>part</sub>	-0,003	0,168	-0,016
Anxiété <sub>pat</sub> → Problème <sub>part</sub>	-0,040	0,208	-0,193
Anxiété <sub>part</sub> → Problème <sub>part</sub>	0,092	0,157	0,586
Dépression <sub>pat</sub> → Problème <sub>part</sub>	0,106	0,166	0,639
Dépression <sub>part</sub> → Problème <sub>part</sub>	-0,164	0,174	-0,939

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; †p<0,07

**Tableau A21 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le coping centré sur l'émotion en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	<b>-0,357</b>	<b>0,145</b>	<b>-2,459**</b>	<b>-0,316</b>	<b>0,164</b>	<b>-1,929*</b>
Contrôle émotionnel <sub>part</sub>	0,137	0,182	0,755	<b>0,332</b>	<b>0,191</b>	<b>1,684<sup>†</sup></b>
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	-0,039	0,191	-0,203	-0,016	0,186	-0,086
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	-0,054	0,214	-0,253	0,048	0,201	0,239
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	-0,022	0,175	-0,129	0,043	0,192	0,223
Disponibilité du soutien social <sub>part</sub>	0,278	0,223	1,245	<b>0,412</b>	<b>0,260</b>	<b>1,587<sup>†</sup></b>
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	-0,284	0,277	-1,024	-0,082	0,273	-0,302
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	-0,114	0,191	-0,597	-0,061	0,189	-0,323
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	0,337	0,275	1,223	0,128	0,253	0,504
Soutien émotionnel <sub>part</sub>	0,225	0,179	1,256	0,116	0,179	0,645
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	0,033	0,205	0,160	0,120	0,216	0,554
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub>	0,193	0,187	1,032	0,154	0,218	0,704
Soutien informatif <sub>pat</sub>	<b>-0,313</b>	<b>0,164</b>	<b>-1,913*</b>	-0,095	0,174	-0,545
Soutien informatif <sub>part</sub>	-0,168	0,166	-1,011	-0,119	0,193	-0,616
Soutien négatif <sub>pat</sub>	<b>0,558</b>	<b>0,122</b>	<b>4,566***</b>	<b>0,452</b>	<b>0,149</b>	<b>3,034**</b>
Soutien négatif <sub>part</sub>	0,179	0,191	0,940	-0,184	0,192	-0,955
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,626</b>	<b>0,126</b>	<b>4,976***</b>	<b>0,541</b>	<b>0,147</b>	<b>3,684***</b>
Anxiété <sub>part</sub>	<b>0,611</b>	<b>0,143</b>	<b>4,269***</b>	<b>0,375</b>	<b>0,183</b>	<b>2,048*</b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,366</b>	<b>0,135</b>	<b>2,712**</b>	0,057	0,169	0,339
Dépression <sub>part</sub>	<b>0,367</b>	<b>0,130</b>	<b>2,813**</b>	0,179	0,143	1,249

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>†</sup>p<0,07

**Tableau A22 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur le coping centré sur l'émotion en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	0,180	0,305	0,591
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	0,022	0,296	0,075
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	-0,057	0,202	-0,281
Disponibilité du soutien social <sub>part</sub>	0,063	0,285	0,220
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	0,041	0,200	0,205
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	-0,013	0,213	-0,063
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	0,139	0,199	0,700
Soutien émotionnel <sub>part</sub>	0,168	0,168	0,843
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	0,079	0,220	0,358
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub>	0,169	0,211	0,802
Soutien informatif <sub>pat</sub>	0,146	0,179	0,815
Soutien informatif <sub>part</sub>	-0,007	0,173	-0,043
Soutien négatif <sub>pat</sub>	0,255	0,186	1,373
Soutien négatif <sub>part</sub>	0,038	0,178	0,212
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,689</b>	<b>0,200</b>	<b>3,438***</b>
Anxiété <sub>part</sub>	<b>0,351</b>	<b>0,141</b>	<b>2,486**</b>
Dépression <sub>pat</sub>	0,228	0,193	1,182
Dépression <sub>part</sub>	<b>0,328</b>	<b>0,176</b>	<b>1,856*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>†</sup>p<0,07

**Tableau A23 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le coping centré sur l'émotion en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	-0,067	0,151	-0,446	-0,008	0,173	-0,044
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	<b>0,367</b>	<b>0,180</b>	<b>2,037*</b>	<b>0,412</b>	<b>0,184</b>	<b>2,241*</b>
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	-0,071	0,170	-0,420	-0,250	0,176	-1,418
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	-0,097	0,206	-0,420	-0,115	0,198	-0,581
Disponibilité soutien <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	0,119	0,152	0,781	-0,020	0,172	-0,116
Disponibilité soutien <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	0,275	0,197	1,400	0,224	0,216	1,035
Satisfaction soutien <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	<b>0,433</b>	<b>0,258</b>	<b>1,681<sup>+</sup></b>	0,070	0,259	0,273
Satisfaction soutien <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	0,095	0,156	0,609	-0,039	0,158	-0,245
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	-0,057	0,230	-0,247	0,055	0,225	0,246
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	0,009	0,176	0,055	-0,023	0,182	-0,127
Soutien matériel/dis <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	-0,228	0,203	-1,120	-0,073	0,211	-0,347
Soutien matériel/dis <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	0,125	0,183	0,683	-0,103	0,197	-0,524
Soutien informatif <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	-0,026	0,206	-0,126	0,052	0,196	0,265
Soutien informatif <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	0,138	0,154	0,895	-0,081	0,160	-0,508
Soutien négatif <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	0,010	0,154	0,063	0,079	0,167	0,473
Soutien négatif <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	0,169	0,133	1,270	0,023	0,171	0,135
Anxiété <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	0,008	0,121	0,071	0,047	0,148	0,318
Anxiété <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	-0,030	0,135	-0,220	0,041	0,168	0,246
Dépression <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	-0,111	0,136	-0,816	-0,138	0,143	-0,960
Dépression <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	-0,069	0,148	-0,466	0,013	0,158	0,081

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001 ; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A24 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur le coping centré sur l'émotion en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	-0,050	0,292	-0,170
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	-0,117	0,328	-0,357
Disponibilité du soutien <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	0,068	0,177	0,385
Disponibilité du soutien <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	0,038	0,284	0,134
Satisfaction du soutien <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	-0,074	0,181	-0,408
Satisfaction du soutien <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	-0,275	0,211	-1,306
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	-0,045	0,186	-0,242
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	-0,031	0,196	-0,160
Soutien matériel/dis <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	-0,046	0,217	-0,212
Soutien matériel/dis <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	-0,171	0,227	-0,754
Soutien informatif <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	0,057	0,165	0,346
Soutien informatif <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	-0,133	0,186	-0,716
Soutien négatif <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	-0,071	0,187	-0,379
Soutien négatif <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	-0,107	0,192	-0,556
Anxiété <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	0,067	0,186	0,361
Anxiété <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	0,126	0,151	0,833
Dépression <sub>pat</sub> → Emo <sub>part</sub>	-0,016	0,165	-0,096
Dépression <sub>part</sub> → Emo <sub>pat</sub>	0,025	0,197	0,130

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001 ; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A25 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur la recherche de soutien social en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	<b>-0,317</b>	<b>0,136</b>	<b>-2,335*</b>	-0,196	0,152	-1,286
Contrôle émotionnel <sub>part</sub>	0,014	0,153	0,094	-0,120	0,166	-0,719
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	0,204	0,161	1,268	0,183	0,155	1,176
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	0,096	0,164	0,584	-0,147	0,167	-0,881
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	0,172	0,155	1,111	0,237	0,163	1,453
Disponibilité du soutien social <sub>part</sub>	-0,269	0,155	-1,735*	-0,188	0,243	-0,774
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	0,244	0,228	1,070	<b>0,378</b>	<b>0,224</b>	<b>1,690*</b>
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	-0,097	0,116	-0,836	-0,116	0,151	-0,769
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	0,164	0,220	0,746	<b>0,357</b>	<b>0,204</b>	<b>1,745*</b>
Soutien émotionnel <sub>part</sub>	<b>0,208</b>	<b>0,133</b>	<b>1,562<sup>+</sup></b>	<b>-0,278</b>	<b>0,164</b>	<b>-1,693<sup>+</sup></b>
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	0,185	0,186	0,998	<b>0,501</b>	<b>0,178</b>	<b>2,817*</b>
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub>	0,091	0,158	0,573	-0,017	0,211	-0,080
Soutien informatif <sub>pat</sub>	-0,198	0,147	-1,342	-0,007	0,152	-0,049
Soutien informatif <sub>part</sub>	-0,171	0,134	-1,270	-0,154	0,175	-0,881
Soutien négatif <sub>pat</sub>	0,122	0,136	0,896	0,014	0,143	0,099
Soutien négatif <sub>part</sub>	0,213	0,143	1,494	-0,133	0,169	-0,786
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,208</b>	<b>0,133</b>	<b>1,569<sup>+</sup></b>	0,160	0,142	1,126
Anxiété <sub>part</sub>	-0,065	0,131	-0,499	-0,129	0,169	-0,763
Dépression <sub>pat</sub>	0,077	0,118	0,652	<b>-0,307</b>	<b>0,132</b>	<b>-2,333*</b>
Dépression <sub>part</sub>	-0,092	0,109	-0,843	-0,114	0,136	-0,838

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A26 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur la recherche de soutien social en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	0,375	0,251	1,495
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	-0,292	0,262	-1,115
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	<b>0,406</b>	<b>0,142</b>	<b>2,852**</b>
Disponibilité du soutien social <sub>part</sub>	<b>0,383</b>	<b>0,217</b>	<b>1,762*</b>
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	<b>0,312</b>	<b>0,165</b>	<b>1,894*</b>
Satisfaction du soutien social <sub>part</sub>	-0,071	0,178	-0,400
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	<b>0,522</b>	<b>0,150</b>	<b>3,490***</b>
Soutien émotionnel <sub>part</sub>	0,222	0,175	1,269
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	<b>0,637</b>	<b>0,159</b>	<b>4,001***</b>
Soutien matériel et distractif <sub>part</sub>	0,098	0,193	0,507
Soutien informatif <sub>pat</sub>	<b>0,378</b>	<b>0,141</b>	<b>2,676**</b>
Soutien informatif <sub>part</sub>	<b>0,280</b>	<b>0,139</b>	<b>2,024*</b>
Soutien négatif <sub>pat</sub>	-0,161	0,160	-1,009
Soutien négatif <sub>part</sub>	<b>-0,277</b>	<b>0,157</b>	<b>-1,761*</b>
Anxiété <sub>pat</sub>	-0,011	0,212	-0,052
Anxiété <sub>part</sub>	0,023	0,141	0,163
Dépression <sub>pat</sub>	-0,071	0,169	-0,417
Dépression <sub>part</sub>	-0,009	0,168	-0,056

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A27 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur la recherche de soutien social en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	-0,119	0,140	-0,852	<b>0,390</b>	<b>0,151</b>	<b>2,589**</b>
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	-0,055	0,163	-0,338	0,011	0,172	0,064
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	-0,117	0,131	-0,895	0,073	0,145	0,505
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	-0,177	0,172	-1,034	-0,106	0,172	-0,615
Disponibilité soutien <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	<b>0,310</b>	<b>0,119</b>	<b>2,591**</b>	0,219	0,165	1,328
Disponibilité soutien <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	-0,066	0,175	-0,378	-0,042	0,192	-0,222
Satisfaction soutien <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	-0,035	0,182	-0,195	0,152	0,226	0,672
Satisfaction soutien <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	0,075	0,129	0,578	0,157	0,135	1,159
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	0,057	0,168	0,341	0,294	0,204	1,436
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	-0,061	0,158	-0,387	-0,161	0,149	-1,075
Soutien matériel/dis <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	-0,208	0,156	-1,326	0,061	0,190	0,323
Soutien matériel/dis <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	-0,026	0,167	-0,158	-0,088	0,161	-0,548
Soutien informatif <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	<b>0,270</b>	<b>0,157</b>	<b>1,716*</b>	<b>0,319</b>	<b>0,173</b>	<b>1,849*</b>
Soutien informatif <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	0,177	0,138	1,278	0,066	0,141	0,464
Soutien négatif <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	-0,074	0,118	-0,628	-0,010	0,153	-0,065
Soutien négatif <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	-0,084	0,143	-0,585	-0,148	0,164	-0,898
Anxiété <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	-0,057	0,117	-0,493	-0,174	0,137	-1,271
Anxiété <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	<b>-0,237</b>	<b>0,136</b>	<b>-1,739*</b>	<b>-0,296</b>	<b>0,167</b>	<b>-1,778*</b>
Dépression <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	0,069	0,123	0,564	-0,078	0,143	-0,544
Dépression <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	<b>-0,245</b>	<b>0,126</b>	<b>-1,948*</b>	<b>-0,343</b>	<b>0,122</b>	<b>-2,816**</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; †p<0,07

**Tableau A28 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur la recherche de soutien social en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	0,143	0,254	0,562
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	-0,237	0,270	-0,878
Disponibilité du soutien <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	0,090	0,134	0,673
Disponibilité du soutien <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	-0,206	0,212	-0,973
Satisfaction du soutien <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	0,135	0,162	0,835
Satisfaction du soutien <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	0,037	0,176	0,208
Soutien émotionnel <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	0,088	0,165	0,535
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	0,031	0,151	0,208
Soutien matériel/dis <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	0,167	0,185	0,904
Soutien matériel/dis <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	-0,106	0,164	-0,650
Soutien informatif <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	<b>0,251</b>	<b>0,135</b>	<b>1,857*</b>
Soutien informatif <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	0,132	0,147	0,896
Soutien négatif <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	-0,072	0,171	-0,420
Soutien négatif <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	-0,208	0,168	-1,235
Anxiété <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	<b>-0,296</b>	<b>0,187</b>	<b>-1,579<sup>†</sup></b>
Anxiété <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	0,042	0,159	0,265
Dépression <sub>pat</sub> → RSS <sub>part</sub>	-0,028	0,165	-0,170
Dépression <sub>part</sub> → RSS <sub>pat</sub>	-0,229	0,173	-1,322

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; †p<0,07

**Tableau A29 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur l'esprit combatif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	0,017	0,167	0,102	<b>-0,395</b>	<b>0,176</b>	<b>-2,245*</b>
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	0,091	0,174	0,522	0,042	0,171	0,245
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	<b>0,265</b>	<b>0,161</b>	<b>1,646<sup>+</sup></b>	<b>0,269</b>	<b>0,146</b>	<b>1,842*</b>
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	<b>0,512</b>	<b>0,226</b>	<b>2,268*</b>	0,227	0,249	0,910
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	0,273	0,222	1,232	0,115	0,214	0,540
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	-0,169	0,189	-0,893	-0,210	0,200	-1,051
Soutien informatif <sub>pat</sub>	-0,144	0,154	-0,931	-0,163	0,163	-1,005
Soutien négatif <sub>pat</sub>	<b>-0,376</b>	<b>0,121</b>	<b>-3,107**</b>	-0,085	0,149	-0,571
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>-0,383</b>	<b>0,140</b>	<b>-2,741**</b>	0,062	0,158	0,395
Dépression <sub>pat</sub>	<b>-0,358</b>	<b>0,122</b>	<b>-2,923**</b>	-0,221	0,155	-1,421

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A30 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur l'esprit combatif en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	<b>0,461</b>	<b>0,271</b>	<b>1,703*</b>
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	0,262	0,198	1,327
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	<b>0,299</b>	<b>0,192</b>	<b>1,554<sup>+</sup></b>
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	0,170	0,187	0,910
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	-0,119	0,216	-0,553
Soutien informatif <sub>pat</sub>	-0,096	0,179	-0,539
Soutien négatif <sub>pat</sub>	-0,188	0,180	-1,042
Anxiété <sub>pat</sub>	-0,272	0,236	-1,149
Dépression <sub>pat</sub>	<b>-0,655</b>	<b>0,161</b>	<b>-4,066***</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A31 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur l'esprit combatif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T4			T6		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	-0,216	0,206	-1,050	0,078	0,193	0,406
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	-0,086	0,188	-0,459	-0,004	0,182	-0,022
Disponibilité soutien <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	<b>-0,321</b>	<b>0,181</b>	<b>-1,771*</b>	-0,146	0,172	-0,846
Satisfaction soutien <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	-0,103	0,128	-0,810	-0,155	0,145	-1,069
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	-0,064	0,159	-0,402	0,191	0,157	1,219
Soutien matériel/dis <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	0,151	0,169	0,895	0,274	0,184	1,484
Soutien informatif <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	-0,040	0,144	-0,279	0,070	0,151	0,469
Soutien négatif <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	<b>-0,237</b>	<b>0,131</b>	<b>-1,806*</b>	0,178	0,172	1,037
Anxiété <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	0,093	0,150	0,622	-0,046	0,184	-0,253
Dépression <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	<b>0,203</b>	<b>0,131</b>	<b>1,555<sup>+</sup></b>	0,004	0,144	0,030

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A32 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur l'esprit combatif en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T6		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	-0,026	0,299	-0,087
Disponibilité du soutien <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	-0,076	0,303	-0,251
Satisfaction du soutien <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	-0,206	0,202	-1,023
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	0,282	0,191	1,474
Soutien matériel/dis <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	0,231	0,221	1,044
Soutien informatif <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	0,024	0,190	0,129
Soutien négatif <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	<b>0,335</b>	<b>0,188</b>	<b>1,783*</b>
Anxiété <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	-0,068	0,182	-0,374
Dépression <sub>part</sub> → comba <sub>pat</sub>	0,075	0,167	0,446

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A33 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur l'impuissance/désespoir en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	0,121	0,144	0,841	0,174	0,171	1,015
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	-0,068	0,166	-0,407	<b>-0,277</b>	<b>0,174</b>	<b>-1,595<sup>+</sup></b>
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	<b>-0,340</b>	<b>0,151</b>	<b>-2,250*</b>	-0,181	0,139	-1,304
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	-0,143	0,216	-0,663	-0,010	0,256	-0,041
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	-0,069	0,232	-0,297	-0,138	0,197	-0,701
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	0,204	0,195	1,047	0,163	0,206	0,792
Soutien informatif <sub>pat</sub>	0,153	0,156	0,979	0,116	0,168	0,687
Soutien négatif <sub>pat</sub>	<b>0,307</b>	<b>0,136</b>	<b>2,261*</b>	<b>0,239</b>	<b>0,149</b>	<b>1,607<sup>+</sup></b>
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,346</b>	<b>0,134</b>	<b>2,584**</b>	<b>0,248</b>	<b>0,154</b>	<b>1,608<sup>+</sup></b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,484</b>	<b>0,114</b>	<b>4,237***</b>	<b>0,362</b>	<b>0,150</b>	<b>2,408*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A34 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur l'impuissance/désespoir en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	<b>-0,616</b>	<b>0,245</b>	<b>-2,513**</b>
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	-0,260	0,179	-1,457
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	<b>-0,410</b>	<b>0,176</b>	<b>-2,330*</b>
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	-0,201	0,181	-1,110
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	-0,012	0,192	-0,062
Soutien informatif <sub>pat</sub>	0,040	0,170	0,233
Soutien négatif <sub>pat</sub>	<b>0,360</b>	<b>0,165</b>	<b>2,174*</b>
Anxiété <sub>pat</sub>	0,206	0,226	0,912
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,580</b>	<b>0,161</b>	<b>3,612***</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A35 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur l'impuissance/désespoir en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	0,257	0,177	1,448	0,198	0,193	1,025
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	-0,122	0,179	-0,681	0,034	0,184	0,186
Disponibilité soutien <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	0,213	0,170	1,256	0,021	0,164	0,129
Satisfaction soutien <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	-0,092	0,122	-0,752	-0,148	0,149	-0,996
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	0,012	0,166	0,075	-0,089	0,145	-0,614
Soutien matériel/dis <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	-0,100	0,174	-0,573	-0,271	0,190	-1,426
Soutien informatif <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	0,160	0,145	1,098	-0,017	0,156	-0,107
Soutien négatif <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	<b>0,256</b>	<b>0,147</b>	<b>1,739*</b>	-0,085	0,171	-0,495
Anxiété <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	0,070	0,144	0,488	-0,070	0,179	-0,389
Dépression <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	-0,017	0,122	-0,138	-0,035	0,140	-0,248

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; +p<0,07

**Tableau A36 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur l'impuissance/désespoir en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	0,282	0,264	1,070
Disponibilité du soutien <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	-0,315	0,266	-1,183
Satisfaction du soutien <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	0,165	0,188	0,878
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	-0,200	0,183	-1,093
Soutien matériel/dis <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	-0,289	0,198	-1,464
Soutien informatif <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	-0,081	0,177	-0,455
Soutien négatif <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	-0,207	0,174	-1,187
Anxiété <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	-0,025	0,170	-0,150
Dépression <sub>part</sub> → imp/des <sub>pat</sub>	-0,109	0,164	-0,662

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; +p<0,07

**Tableau A37 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur les préoccupations anxieuses en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	-0,079	0,130	-0,606	-0,069	0,137	-0,507
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	-0,008	0,180	-0,044	0,008	0,181	0,046
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	<b>-0,276</b>	<b>0,156</b>	<b>-1,769*</b>	-0,122	0,177	-0,688
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	-0,166	0,234	-0,710	0,208	0,264	0,786
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	0,060	0,232	0,258	0,375	0,256	1,468
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	0,261	0,185	1,413	<b>0,428</b>	<b>0,198</b>	<b>2,158*</b>
Soutien informatif <sub>pat</sub>	-0,056	0,152	-0,371	0,029	0,168	0,170
Soutien négatif <sub>pat</sub>	<b>0,479</b>	<b>0,126</b>	<b>3,804***</b>	<b>0,510</b>	<b>0,136</b>	<b>3,743***</b>
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,618</b>	<b>0,115</b>	<b>5,394***</b>	<b>0,525</b>	<b>0,137</b>	<b>3,834***</b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,401</b>	<b>0,116</b>	<b>3,448***</b>	<b>0,349</b>	<b>0,153</b>	<b>2,282*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; +p<0,07

**Tableau A38 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur les préoccupations anxieuses en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	0,047	0,268	0,177
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	-0,114	0,161	-0,709
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	-0,054	0,171	-0,319
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	0,038	0,170	0,225
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	0,186	0,175	1,065
Soutien informatif <sub>pat</sub>	0,112	0,150	0,744
Soutien négatif <sub>pat</sub>	<b>0,375</b>	<b>0,151</b>	<b>2,486**</b>
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,745</b>	<b>0,158</b>	<b>4,717***</b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,387</b>	<b>0,155</b>	<b>2,499**</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; +p<0,07

**Tableau A39 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur les préoccupations anxieuses en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	<b>0,349</b>	<b>0,159</b>	<b>2,197*</b>	<b>0,504</b>	<b>0,151</b>	<b>3,330**</b>
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	-0,041	0,198	-0,207	-0,193	0,191	-1,006
Disponibilité soutien <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	<b>0,302</b>	<b>0,176</b>	<b>1,714*</b>	<b>0,326</b>	<b>0,210</b>	<b>1,550<sup>+</sup></b>
Satisfaction soutien <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	0,020	0,134	0,153	-0,064	0,153	-0,415
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	-0,088	0,176	-0,502	-0,076	0,167	-0,454
Soutien matériel/dis <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	-0,095	0,168	-0,565	-0,156	0,189	-0,826
Soutien informatif <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	0,113	0,144	0,784	0,069	0,157	0,442
Soutien négatif <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	0,143	0,133	1,082	0,025	0,157	0,161
Anxiété <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	0,022	0,117	0,187	-0,005	0,158	-0,031
Dépression <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	-0,050	0,125	-0,401	-0,038	0,141	-0,272

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A40: Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur les préoccupations anxieuses en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	-0,134	0,277	-0,483
Disponibilité du soutien <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	-0,146	0,246	-0,594
Satisfaction du soutien <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	0,042	0,193	0,220
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	-0,114	0,168	-0,680
Soutien matériel/dis <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	-0,324	0,186	-1,742
Soutien informatif <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	0,023	0,157	0,145
Soutien négatif <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	-0,005	0,157	-0,031
Anxiété <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	-0,131	0,118	-1,108
Dépression <sub>part</sub> → pranx <sub>pat</sub>	-0,048	0,158	-0,301

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A41 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur l'évitement en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	0,075	0,153	0,494	-0,155	0,162	-0,960
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	-0,106	0,161	-0,660	-0,114	0,157	-0,722
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	0,178	0,165	1,077	0,133	0,175	0,756
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	-0,216	0,243	-0,889	-0,072	0,241	-0,300
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	0,047	0,217	0,215	0,145	0,223	0,649
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	<b>-0,321</b>	<b>0,179</b>	<b>-1,798*</b>	-0,181	0,200	-0,908
Soutien informatif <sub>pat</sub>	-0,186	0,154	-1,212	-0,025	0,161	-0,153
Soutien négatif <sub>pat</sub>	<b>0,274</b>	<b>0,136</b>	<b>2,015*</b>	0,123	0,151	0,812
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,320</b>	<b>0,131</b>	<b>2,452**</b>	<b>0,323</b>	<b>0,145</b>	<b>2,233*</b>
Dépression <sub>pat</sub>	0,058	0,125	0,462	0,004	0,155	0,025

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; +p<0,07

**Tableau A42 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur l'évitement en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	-0,178	0,233	-0,762
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	-0,186	0,163	-1,138
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	-0,180	0,161	-1,117
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	<b>-0,272</b>	<b>0,163</b>	<b>-1,672<sup>+</sup></b>
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	<b>-0,323</b>	<b>0,177</b>	<b>-1,828*</b>
Soutien informatif <sub>pat</sub>	-0,176	0,142	-1,243
Soutien négatif <sub>pat</sub>	0,163	0,155	1,052
Anxiété <sub>pat</sub>	0,151	0,199	0,756
Dépression <sub>pat</sub>	0,119	0,163	0,731

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; +p<0,07

**Tableau A43 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur l'évitement en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	0,264	0,187	1,408	<b>0,385</b>	<b>0,182</b>	<b>2,113*</b>
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	-0,068	0,174	-0,392	-0,183	0,167	-1,097
Disponibilité soutien <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	-0,000	0,185	-0,002	-0,210	0,207	-1,016
Satisfaction soutien <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	-0,033	0,138	-0,236	<b>-0,212</b>	<b>0,140</b>	<b>-1,516<sup>+</sup></b>
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	0,164	0,155	1,059	0,107	0,164	0,654
Soutien matériel/dis <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	<b>0,414</b>	<b>0,160</b>	<b>2,587**</b>	0,031	0,184	0,170
Soutien informatif <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	-0,049	0,146	-0,338	-0,150	0,149	-1,010
Soutien négatif <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	0,049	0,142	0,344	0,152	0,174	0,876
Anxiété <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	0,109	0,135	0,807	0,059	0,168	0,350
Dépression <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	0,128	0,133	0,962	0,071	0,144	0,496

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A44 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur l'évitement en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	-0,030	0,249	-0,122
Disponibilité du soutien <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	0,072	0,253	0,285
Satisfaction du soutien <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	0,022	0,172	0,129
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	0,024	0,160	0,148
Soutien matériel/dis <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	-0,066	0,180	-0,365
Soutien informatif <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	<b>-0,263</b>	<b>0,147</b>	<b>-1,792*</b>
Soutien négatif <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	0,077	0,164	0,468
Anxiété <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	0,108	0,149	0,724
Dépression <sub>part</sub> → evit <sub>pat</sub>	0,127	0,165	0,771

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A45 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur la dénégation en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	<b>0,265</b>	<b>0,150</b>	<b>1,768*</b>	<b>0,276</b>	<b>0,164</b>	<b>1,682<sup>+</sup></b>
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	-0,043	0,156	-0,274	-0,099	0,157	-0,633
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	-0,198	0,155	-1,270	-0,103	0,166	-0,621
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	0,059	0,217	0,273	0,224	0,208	1,079
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	-0,004	0,219	-0,016	0,117	0,214	0,549
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	<b>-0,323</b>	<b>0,196</b>	<b>-1,650<sup>+</sup></b>	<b>-0,282</b>	<b>0,186</b>	<b>-1,517<sup>+</sup></b>
Soutien informatif <sub>pat</sub>	-0,068	0,145	-0,470	0,134	0,146	-0,920
Soutien négatif <sub>pat</sub>	-0,064	0,141	-0,455	-0,002	0,145	-0,013
Anxiété <sub>pat</sub>	-0,070	0,137	-0,507	-0,046	0,146	-0,318
Dépression <sub>pat</sub>	-0,141	0,120	-1,173	-0,090	0,141	-0,637

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A46 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur la dénégation en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	T
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	0,102	0,277	0,714
Disponibilité du soutien social <sub>pat</sub>	-0,218	0,177	-1,236
Satisfaction du soutien social <sub>pat</sub>	-0,190	0,177	-1,073
Soutien émotionnel <sub>pat</sub>	-0,258	0,190	-1,359
Soutien matériel et distractif <sub>pat</sub>	<b>-0,443</b>	<b>0,182</b>	<b>-2,435*</b>
Soutien informatif <sub>pat</sub>	-0,132	0,175	-0,755
Soutien négatif <sub>pat</sub>	-0,163	0,183	-0,889
Anxiété <sub>pat</sub>	-0,085	0,233	-0,365
Dépression <sub>pat</sub>	-0,191	0,189	-1,008

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A47 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur la dénégation en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	-0,138	0,184	-0,749	0,089	0,187	0,473
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	0,103	0,168	0,614	0,029	0,160	0,179
Disponibilité soutien <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	0,201	0,175	1,147	0,069	0,196	0,351
Satisfaction soutien <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	-0,090	0,124	-0,727	<b>-0,242</b>	<b>0,120</b>	<b>-2,013*</b>
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	-0,023	0,157	-0,145	0,018	0,153	0,120
Soutien matériel/dis <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	0,029	0,175	0,166	-0,062	0,173	-0,357
Soutien informatif <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	<b>-0,330</b>	<b>0,136</b>	<b>-2,417**</b>	<b>-0,242</b>	<b>0,137</b>	<b>-1,769*</b>
Soutien négatif <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	-0,119	0,153	-0,778	-0,127	0,167	-0,760
Anxiété <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	-0,026	0,147	-0,179	0,115	0,173	0,667
Dépression <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	<b>0,224</b>	<b>0,128</b>	<b>1,744*</b>	<b>0,233</b>	<b>0,133</b>	<b>1,751*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; †p<0,07

**Tableau A48 : Influence de l'ajustement dyadique, du soutien social et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur la dénégation en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	T
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	-0,141	0,298	0,640
Disponibilité du soutien <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	0,331	0,263	1,259
Satisfaction du soutien <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	0,004	0,189	0,019
Soutien émotionnel <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	0,088	0,192	0,461
Soutien matériel/dis <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	0,113	0,187	0,604
Soutien informatif <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	-0,091	0,182	-0,502
Soutien négatif <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	0,090	0,192	0,470
Anxiété <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	0,164	0,175	0,935
Dépression <sub>part</sub> → deneg <sub>pat</sub>	0,192	0,194	0,989

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; †p<0,07

**Tableau A49: Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le soutien émotionnel en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	<b>-0,213</b>	<b>0,134</b>	<b>-1,588<sup>+</sup></b>	-0,221	0,159	-1,392
Contrôle émotionnel <sub>part</sub>	0,002	0,171	0,012	-0,229	0,158	-1,445
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	<b>0,367</b>	<b>0,138</b>	<b>2,652**</b>	0,171	0,158	1,084
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	<b>0,414</b>	<b>0,202</b>	<b>2,054*</b>	-0,057	0,166	-0,344
Anxiété <sub>pat</sub>	0,031	0,125	0,251	0,175	0,148	1,177
Anxiété <sub>part</sub>	-0,194	0,149	-1,297	-0,185	0,164	-1,129
Dépression <sub>pat</sub>	<b>-0,172</b>	<b>0,114</b>	<b>-1,513<sup>+</sup></b>	-0,115	0,153	-0,752
Dépression <sub>part</sub>	<b>-0,371</b>	<b>0,122</b>	<b>-3,033**</b>	<b>-0,262</b>	<b>0,125</b>	<b>-2,099*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A50 : Influence de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur le soutien émotionnel en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	-0,012	0,320	-0,039
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	0,120	0,251	0,477
Anxiété <sub>pat</sub>	-0,178	0,250	-0,710
Anxiété <sub>part</sub>	0,069	0,142	0,482
Dépression <sub>pat</sub>	-0,262	0,202	-1,296
Dépression <sub>part</sub>	<b>-0,232</b>	<b>0,159</b>	<b>-1,457<sup>+</sup></b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A51 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le soutien émotionnel en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub> → ssemo <sub>part</sub>	-0,176	0,144	-1,225	<b>0,404</b>	<b>0,161</b>	<b>2,505**</b>
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → ssemo <sub>pat</sub>	-0,212	0,164	-1,293	-0,160	0,179	-0,895
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → ssemo <sub>part</sub>	-0,167	0,163	-1,026	0,107	0,146	0,735
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → ssemo <sub>pat</sub>	-0,035	0,149	-0,237	0,145	0,168	0,865
Anxiété <sub>pat</sub> → ssemo <sub>part</sub>	0,086	0,130	0,665	0,078	0,138	0,562
Anxiété <sub>part</sub> → ssemo <sub>pat</sub>	<b>-0,369</b>	<b>0,131</b>	<b>-2,808**</b>	<b>-0,318</b>	<b>0,172</b>	<b>-1,843*</b>
Dépression <sub>pat</sub> → ssemo <sub>part</sub>	-0,150	0,136	-1,103	-0,013	0,133	-0,099
Dépression <sub>part</sub> → ssemo <sub>pat</sub>	<b>-0,278</b>	<b>0,125</b>	<b>-2,218*</b>	-0,131	0,142	-0,918

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; +p<0,07

**Tableau A52 : Influence de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur le soutien émotionnel en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → ssemo <sub>part</sub>	-0,130	0,242	-0,537
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → ssemo <sub>pat</sub>	0,168	0,345	0,486
Anxiété <sub>pat</sub> → ssemo <sub>part</sub>	-0,115	0,190	-0,605
Anxiété <sub>part</sub> → ssemo <sub>pat</sub>	0,175	0,188	0,932
Dépression <sub>pat</sub> → ssemo <sub>part</sub>	0,094	0,158	0,597
Dépression <sub>part</sub> → ssemo <sub>pat</sub>	-0,138	0,207	-0,667

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; +p<0,07

**Tableau A53 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le soutien matériel et distractif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	-0,053	0,129	-0,410	-0,183	0,153	-1,195
Contrôle émotionnel <sub>part</sub>	<b>-0,344</b>	<b>0,163</b>	<b>-2,108*</b>	-0,250	0,183	-1,361
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	<b>0,295</b>	<b>0,131</b>	<b>2,259*</b>	<b>0,241</b>	<b>0,138</b>	<b>1,740*</b>
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	0,286	0,194	1,475	<b>0,300</b>	<b>0,194</b>	<b>1,546<sup>+</sup></b>
Anxiété <sub>pat</sub>	0,119	0,124	0,955	-0,040	0,145	-0,273
Anxiété <sub>part</sub>	<b>-0,251</b>	<b>0,148</b>	<b>-1,697*</b>	-0,141	0,172	-0,823
Dépression <sub>pat</sub>	-0,080	0,117	-0,685	-0,100	0,146	-0,687
Dépression <sub>part</sub>	<b>-0,224</b>	<b>0,132</b>	<b>-1,704*</b>	-0,155	0,138	-1,124

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A54 : Influence de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur le soutien matériel et distractif en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	-0,187	0,243	-0,770
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	0,315	0,262	1,203
Anxiété <sub>pat</sub>	-0,006	0,219	-0,029
Anxiété <sub>part</sub>	0,038	0,151	0,253
Dépression <sub>pat</sub>	-0,088	0,179	-0,493
Dépression <sub>part</sub>	-0,192	0,173	-1,111

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A55: Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le soutien matériel et distractif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub> → ssmat <sub>part</sub>	-0,125	0,136	-0,913	0,021	0,165	0,127
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → ssmat <sub>pat</sub>	-0,232	0,159	-1,454	-0,104	0,174	-0,598
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → ssmat <sub>part</sub>	0,092	0,161	0,572	0,043	0,175	0,244
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → ssmat <sub>pat</sub>	0,017	0,141	0,121	0,170	0,147	1,160
Anxiété <sub>pat</sub> → ssmat <sub>part</sub>	0,030	0,129	0,235	-0,041	0,141	-0,289
Anxiété <sub>part</sub> → ssmat <sub>pat</sub>	<b>-0,303</b>	<b>0,134</b>	<b>-2,266*</b>	-0,107	0,168	-0,637
Dépression <sub>pat</sub> → ssmat <sub>part</sub>	0,002	0,144	0,011	0,044	0,146	0,302
Dépression <sub>part</sub> → ssmat <sub>pat</sub>	-0,168	0,125	-1,348	-0,050	0,135	-0,367

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; +p<0,07

**Tableau A56: Influence de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur le soutien matériel et distractif en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → ssmat <sub>part</sub>	-0,054	0,252	-0,215
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → ssmat <sub>pat</sub>	<b>0,419</b>	<b>0,254</b>	<b>1,649<sup>+</sup></b>
Anxiété <sub>pat</sub> → ssmat <sub>part</sub>	-0,204	0,207	-0,985
Anxiété <sub>part</sub> → ssmat <sub>pat</sub>	0,010	0,164	0,061
Dépression <sub>pat</sub> → ssmat <sub>part</sub>	0,070	0,170	0,409
Dépression <sub>part</sub> → ssmat <sub>pat</sub>	-0,135	0,183	-0,735

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; +p<0,07

**Tableau A57 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le soutien informatif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	0,031	0,152	0,201	0,118	0,158	0,747
Contrôle émotionnel <sub>part</sub>	0,042	0,183	0,231	-0,119	0,199	-0,599
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	0,236	0,165	1,426	0,095	0,156	0,610
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	-0,074	0,221	-0,334	-0,196	0,206	-0,950
Anxiété <sub>pat</sub>	-0,121	0,136	-0,887	-0,034	0,144	-0,238
Anxiété <sub>part</sub>	-0,222	0,159	-1,393	-0,183	0,198	-0,923
Dépression <sub>pat</sub>	-0,111	0,126	-0,884	<b>-0,342</b>	<b>0,141</b>	<b>-2,428**</b>
Dépression <sub>part</sub>	<b>-0,397</b>	<b>0,128</b>	<b>-3,106**</b>	<b>-0,405</b>	<b>0,147</b>	<b>-2,759**</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; +p<0,07

**Tableau A58: Influence de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur le soutien informatif en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	-0,174	0,263	-0,661
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	-0,357	0,302	-1,182
Anxiété <sub>pat</sub>	-0,211	0,210	-1,004
Anxiété <sub>part</sub>	-0,115	0,170	-0,677
Dépression <sub>pat</sub>	-0,194	0,169	-1,148
Dépression <sub>part</sub>	-0,183	0,193	-0,948

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; +p<0,07

**Tableau A59 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le soutien informatif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub> → ssinfo <sub>part</sub>	-0,147	0,153	-0,961	0,268	0,180	1,491
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → ssinfo <sub>pat</sub>	-0,162	0,187	-0,866	0,055	0,178	0,308
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → ssinfo <sub>part</sub>	0,018	0,177	0,101	0,094	0,183	0,514
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → ssinfo <sub>pat</sub>	-0,077	0,179	-0,432	0,098	0,163	0,605
Anxiété <sub>pat</sub> → ssinfo <sub>part</sub>	0,012	0,138	0,089	-0,110	0,161	-0,683
Anxiété <sub>part</sub> → ssinfo <sub>pat</sub>	-0,117	0,146	-0,798	<b>-0,295</b>	<b>0,167</b>	<b>-1,762*</b>
Dépression <sub>pat</sub> → ssinfo <sub>part</sub>	0,077	0,141	0,545	-0,100	0,155	-0,645
Dépression <sub>part</sub> → ssinfo <sub>pat</sub>	0,108	0,134	0,801	-0,196	0,134	-1,466

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; +p<0,07

**Tableau A60 : Influence de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur le soutien informatif en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → ssinfo <sub>part</sub>	0,274	0,291	0,941
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → ssinfo <sub>pat</sub>	0,220	0,284	0,777
Anxiété <sub>pat</sub> → ssinfo <sub>part</sub>	-0,090	0,226	-0,398
Anxiété <sub>part</sub> → ssinfo <sub>pat</sub>	-0,015	0,158	-0,096
Dépression <sub>pat</sub> → ssinfo <sub>part</sub>	-0,099	0,190	-0,520
Dépression <sub>part</sub> → ssinfo <sub>pat</sub>	-0,207	0,178	-1,161

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; +p<0,07

**Tableau A61 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le soutien négatif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub>	-0,121	0,163	-0,739	-0,228	0,174	-1,306
Contrôle émotionnel <sub>part</sub>	0,094	0,183	0,515	0,047	0,216	0,220
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	<b>-0,283</b>	<b>0,171</b>	<b>-1,652<sup>+</sup></b>	-0,098	0,159	-0,620
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	0,003	0,232	0,012	0,060	0,200	0,299
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,596</b>	<b>0,119</b>	<b>5,024***</b>	<b>0,394</b>	<b>0,142</b>	<b>2,770**</b>
Anxiété <sub>part</sub>	<b>0,255</b>	<b>0,164</b>	<b>1,551<sup>+</sup></b>	<b>0,669</b>	<b>0,167</b>	<b>3,994***</b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,409</b>	<b>0,121</b>	<b>3,393***</b>	0,189	0,159	1,194
Dépression <sub>part</sub>	0,002	0,153	0,013	<b>0,285</b>	<b>0,168</b>	<b>1,700*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A62: Influence de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur le soutien négatif en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets acteurs)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub>	-0,380	0,262	-1,452
Ajustement dyadique <sub>part</sub>	-0,070	0,297	-0,235
Anxiété <sub>pat</sub>	<b>0,375</b>	<b>0,215</b>	<b>1,740*</b>
Anxiété <sub>part</sub>	<b>0,272</b>	<b>0,156</b>	<b>1,740*</b>
Dépression <sub>pat</sub>	<b>0,354</b>	<b>0,173</b>	<b>2,040*</b>
Dépression <sub>part</sub>	<b>0,403</b>	<b>0,172</b>	<b>2,340*</b>

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; <sup>+</sup>p<0,07

**Tableau A63 : Influence du contrôle émotionnel, de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>1</sub> sur le soutien négatif en T<sub>4</sub> et T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>4</sub>			T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t	Estimation	Erreur Standard	t
Contrôle émotionnel <sub>pat</sub> → ssnég <sub>part</sub>	-0,156	0,154	-1,014	-0,195	0,195	-0,998
Contrôle émotionnel <sub>part</sub> → ssnég <sub>pat</sub>	0,236	0,200	1,180	<b>0,442</b>	<b>0,196</b>	<b>2,252*</b>
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → ssnég <sub>part</sub>	0,159	0,186	0,857	-0,042	0,174	-0,244
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → ssnég <sub>pat</sub>	0,044	0,185	0,240	-0,120	0,168	-0,713
Anxiété <sub>pat</sub> → ssnég <sub>part</sub>	0,055	0,143	0,383	0,007	0,138	0,049
Anxiété <sub>part</sub> → ssnég <sub>pat</sub>	-0,023	0,128	-0,181	0,099	0,165	0,598
Dépression <sub>pat</sub> → ssnég <sub>part</sub>	0,101	0,170	0,591	0,134	0,174	0,772
Dépression <sub>part</sub> → ssnég <sub>pat</sub>	-0,015	0,129	-0,116	-0,030	0,150	-0,199

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; +p<0,07

**Tableau A64 : Influence de l'ajustement dyadique et de la détresse émotionnelle évalués en T<sub>4</sub> sur le soutien négatif en T<sub>6</sub> d'après le modèle APIM (effets partenaires)**

Variables	T <sub>6</sub>		
	Estimation	Erreur Standard	t
Ajustement dyadique <sub>pat</sub> → ssnég <sub>part</sub>	-0,005	0,288	-0,016
Ajustement dyadique <sub>part</sub> → ssnég <sub>pat</sub>	0,139	0,282	0,494
Anxiété <sub>pat</sub> → ssnég <sub>part</sub>	0,141	0,209	0,677
Anxiété <sub>part</sub> → ssnég <sub>pat</sub>	-0,078	0,162	-0,479
Dépression <sub>pat</sub> → ssnég <sub>part</sub>	0,096	0,171	0,560
Dépression <sub>part</sub> → ssnég <sub>pat</sub>	-0,261	0,182	-1,430

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001; +p<0,07