

# Université Victor Segalen Bordeaux 2

Année 2009

Thèse n° 1633

## THÈSE

Pour le

## DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ BORDEAUX 2

**Mention : Sciences de l'Homme**

**Option : Psychologie**

**Présentée et soutenue publiquement**

*Le 19 novembre 2009*

*Par Anaïs LAFAYE*

*Née le 18 août 1980 à Bayonne*

### **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**

#### **Membres du Jury**

Mme Florence COUSSON-GÉLIE, MCF HDR, Université Bordeaux 2, Directrice de thèse

Mme Isabelle MERCKAERT, Professeur, Université libre de Bruxelles, Invitée

Mr Grégory MICHEL, Professeur, Université Bordeaux 2, Invité

Mr Grégory NINOT, Professeur, Université Montpellier 1, Rapporteur

Mme Colette SABATIER, Professeur, Université Bordeaux 2, Présidente du Jury

Mr Serge SULTAN, Professeur, Université Paris 5, Rapporteur

## Remerciements

Tout d'abord je remercie ma directrice de thèse, Florence COUSSON-GELIE, d'avoir accepté de diriger ce travail et de ne jamais avoir douté de mes capacités à mener ce travail à terme. Je te remercie pour ton soutien et ta motivation, dans les moments de doutes et d'incertitudes, pour tes conseils éclairés, tes compétences et ta rigueur scientifique, dans l'élaboration de ce travail. Tes connaissances auront été essentielles et fondamentales à la réalisation de cette thèse, et j'espère que ce n'est que le début d'une longue collaboration.

Je remercie le Professeur Colette SABATIER qui me fait le plaisir de présider ce jury, le Professeur Grégory NINOT et le Professeur Serge SULTAN qui ont accepté d'évaluer ce travail ainsi que le Professeur Grégory MICHEL et le Professeur Isabelle MERCKAERT pour leur présence dans ce jury. Vos connaissances et compétences seront d'une aide précieuse à la continuité de ce travail.

Je remercie Monsieur REIFFERS, directeur de l'Institut Bergonié (Centre de Lutte Régional Contre le Cancer, Bordeaux) et Monsieur MALTERRE, directeur de la Clinique Francheville (Périgueux), d'avoir accepté de m'accueillir au sein de leur établissement, pour effectuer ce travail. Je remercie, tout particulièrement, Nadine HOUEDE, médecin urologue à l'Institut Bergonié, pour m'avoir sollicitée à entreprendre ce travail auprès des patients atteints d'un cancer de la prostate. Je remercie également le Docteur RICHAUD, médecin à l'Institut Bergonié, le Docteur CANY et le Docteur PRIE, médecins à la Clinique Francheville, pour m'avoir reçue dans leur service. Je remercie les cadres de santé, les manipulateurs radiologues, les infirmières et les secrétaires de ces deux centres, pour leur accueil, pour avoir facilité les rencontres avec les patients, ainsi que pour leur soutien et leur gentillesse tout au long de cette étude.

Je remercie toutes les personnes du laboratoire de psychologie « Santé et Qualité de vie » EA 4139, pour leur soutien au cours de ces dernières années.

Je remercie Sylvie PETIT, collègue et amie, pour son soutien et son aide à l'élaboration de ce travail. Ton amitié, tes qualités humaines et tes compétences professionnelles m'ont été extrêmement précieuses durant ces trois années de collaboration.

Merci également à tous mes amis qui m'ont soutenue durant ces trois années. Plus particulièrement, je remercie Cédric, mon compagnon, pour sa présence et son soutien quotidien, et Mireille, ma mère, pour m'avoir soutenue et accompagnée depuis toujours.

Cette étude n'aurait pas été possible sans la participation des patients et des conjointes. Je les remercie pour l'investissement et l'intérêt qu'ils ont porté à cette étude.

Enfin, je remercie l'Institut National du Cancer pour son aide financière.

*« J'ai décidé d'être heureux parce que c'est bon pour la santé »*

*Voltaire*

## Résumé

Le traitement d'un premier cancer de la prostate et les mois qui suivent, sont une période stressante pour les patients et leur conjointe. Les objectifs de cette étude sont, d'une part, de déterminer l'évolution de variables psychosociales (soutien social, qualité de la relation conjugale, ajustement dyadique et stratégies de coping) et du bien-être émotionnel et physique, et d'autre part, d'identifier les effets acteurs-partenaires, c'est-à-dire les effets des variables psychosociales d'un membre du couple sur son bien-être et sur celui de l'autre membre.

Nous avons mené une étude longitudinale auprès de 132 patients atteints d'un cancer de la prostate et de 100 de leurs conjointes. Une évaluation psychologique leur a été proposée au début, au milieu, à la fin du traitement et quatre mois après.

Les résultats montrent que les patients ont un état émotionnel et une qualité de vie satisfaisants et que les conjointes présentent une symptomatologie dépressive. Chez les patients, on observe des effets acteurs positifs du soutien social, de la relation conjugale et des stratégies de coping, centrées sur le problème ou sur la recherche de soutien social, sur leur bien-être, et des effets partenaires positifs de ces mêmes variables sur le bien-être de leur conjointe. Chez les conjointes, la relation conjugale a un effet acteur positif sur leur bien-être, mais le soutien social et les stratégies de coping centrées sur l'émotion ont des effets acteurs négatifs. De plus, l'effet partenaire soutien social des conjointes est positif sur le bien-être des patients, alors que celui des stratégies de coping centrées sur l'émotion est négatif. Celui de la relation conjugale est positif quand il s'agit de la disponibilité et de l'intensité du soutien, et négatif quand il s'agit de l'ajustement dyadique.

De façon générale, le soutien social, la relation conjugale et les stratégies de coping sont de bons prédicteurs de la qualité de vie, directement ou par le biais du partenaire.

**Mots clé** : cancer de la prostate, effets acteurs-partenaires, anxiété, dépression, qualité de vie, soutien social, qualité de la relation conjugale, ajustement dyadique, stratégie de coping

## **Abstract**

The treatment of a first prostate cancer and the following months are a stressful period for the patients and their spouse. The first aim of this study was to determine the evolution of psychosocial variables (social support, quality of conjugal relationships, dyadic adjustment and coping strategies) and of emotional and physical well-being. The second aim was to identify actors-partners effects - that is the effect of one of partner's psychosocial variables on his/her well-being and on that of the other.

A longitudinal study was carried on 132 patients with prostate cancer and 100 of their spouses. A psychological evaluation was conducted at the beginning, half way through, at the end of the treatment and four months afterwards.

Results showed that patients had a good emotional state and a good quality of life and, that the spouses developed a depressive symptomatology. For patients, positive actor effects of social support, conjugal relationships and coping strategies (problem-focused or seeking social support focused) on their well-being and, positive partner effects of the same variables on the spouses' well-being were observed. For the spouses, conjugal relationships had a positive actor effect on their well-being, but social support and emotion-focused coping strategies had negative actor effects. Also, spouses' social support had a positive partner effect on the patients' well-being while emotion-focused coping strategies had a negative effect. Conjugal relationship effect was positive when referring to availability and intensity of support and, negative when referring to dyadic adjustment.

Overall, social support, conjugal relationship and coping strategies were found to be good predictors of quality of life, directly or indirectly through the partner.

**Key words:** prostate cancer, actor-partner effects, anxiety, depression, quality of life, social support, quality of conjugal relationship, dyadic adjustment, coping strategies

## **Correspondance**

Laboratoire de psychologie « Santé et Qualité de vie » EA 4139

Université Bordeaux 2, Victor SEGALEN

3 ter, place de la victoire

33076 Bordeaux

Tel : 05.57.57.18.11

Ecole doctorale des Sciences Sociales « Société, Santé, Décision »

Université Bordeaux 2, Victor SEGALEN

3 ter, place de la victoire

33076 Bordeaux

Tel : 05.57.57.19.62

## Sommaire

Introduction .....	12
Impact du cancer de la prostate sur la qualité de vie, l'état émotionnel, le soutien social, la qualité de la relation, l'ajustement dyadique et les stratégies de coping chez les patients et les conjointes : une revue de la littérature.....	15
I. Le cancer.....	16
A. Histoire du cancer.....	16
B. Définition et processus de carcinogenèse.....	17
C. Epidémiologie .....	18
1. Au niveau mondial .....	18
2. Au niveau national .....	19
D. Le cancer de la prostate .....	21
1. Définition .....	21
2. Dépistage d'après la Haute Autorité de Santé (HAS, 2008).....	21
3. Les traitements .....	23
II. Altération de la qualité de vie et répercussions psychologiques.....	25
A. La qualité de vie.....	25
1. Emergence du concept.....	25
2. Définition .....	26
3. Qualité de vie des patients.....	29
4. Qualité de vie des conjoints de patients atteints d'un cancer .....	36
B. L'état émotionnel .....	38
1. L'anxiété .....	39
2. La dépression.....	42
3. Lien entre anxiété et dépression.....	44
4. Anxiété, dépression chez les patients atteints d'un cancer .....	45
5. Anxiété, dépression chez les conjoints .....	54
III. Le soutien social, la qualité de la relation et l'ajustement dyadique.....	56
A. Le soutien social.....	56
1. Emergence du concept.....	56

2.	Définition .....	56
3.	Soutien social chez les patients .....	59
4.	Soutien social chez les conjoints .....	62
B.	La qualité de la relation.....	63
1.	Définition .....	63
2.	La qualité de la relation spécifique chez les patients atteints d'un cancer .....	64
C.	L'ajustement dyadique ou la satisfaction conjugale.....	66
1.	Définition .....	66
2.	Ajustement dyadique face au cancer .....	67
IV.	Le concept de coping.....	70
A.	Emergence du concept.....	70
B.	Définition.....	70
C.	Efficacité des stratégies de coping sur la qualité de vie et l'état émotionnel.....	72
1.	Chez les patients atteints d'un cancer.....	72
2.	Chez les patients atteints d'un cancer de la prostate. ....	74
3.	Chez les conjoints de patients atteints d'un cancer.....	75
V.	Conclusion.....	76
Présentation d'une étude menée auprès de patients atteints d'un cancer de la prostate et de leur conjointes. Description de l'étude et des outils utilisés, validation dans la population française d'outils spécifiques au cancer de la prostate, résultats et discussion. ....		
I.	Objectifs et hypothèses générales .....	79
II.	Population d'étude et procédure .....	80
A.	Présentation des caractéristiques des patients et des conjointes.....	80
B.	Procédure .....	82
III.	Variables étudiées : Méthode d'évaluation et cotation.....	84
A.	L'anxiété .....	84
B.	La dépression .....	92
C.	La qualité de vie.....	93
D.	Le soutien social.....	103
E.	La qualité de la relation conjugale.....	104
F.	L'ajustement dyadique .....	107

G.	Les stratégies de coping .....	109
IV.	Homogénéité de la population d'étude .....	110
A.	Différences entre les patients traités par radiothérapie et ceux traités par chimiothérapie .....	110
B.	Différences entre les conjointes de patients traités par radiothérapie et celles de patients traités par chimiothérapie .....	115
C.	Mortalité expérimentale.....	120
V.	Résultats .....	123
A.	Hypothèse 1 : Les patients atteints d'un cancer de la prostate et leur conjointe ont plus de troubles émotionnels, une qualité de vie plus altérée et utilisent plus de stratégies de coping en comparaison à la population générale. ....	123
1.	Comparaisons des patients à la population générale.....	124
2.	Comparaisons des conjointes à la population générale .....	128
B.	Hypothèse 2 : Les stratégies d'ajustement, le soutien social, la qualité de la relation conjugale, l'ajustement dyadique, l'état émotionnel et la qualité de vie évoluent positivement au cours du traitement et dans les mois qui suivent.....	131
1.	Evolution chez les patients .....	131
2.	Evolution chez les conjointes.....	134
C.	Hypothèse 3 : Les conjointes ont une qualité de vie plus altérée et des troubles émotionnels plus importants, ont une moins bonne perception du soutien social et de leur relation conjugale et utilisent moins de stratégies de coping que les patients. ....	136
1.	Comparaisons Patients/Conjointes au début du traitement.....	136
2.	Comparaisons Patients/Conjointes au milieu du traitement .....	137
3.	Comparaisons Patients/Conjointes à la fin du traitement .....	138
4.	Comparaisons Patients/Conjointes quatre mois après la fin du traitement.....	139
D.	Hypothèse 4 : Le soutien social, la qualité de la relation conjugale, l'ajustement dyadique et les stratégies de coping des patients ont des effets positifs sur leur état émotionnel et leur qualité de vie mais aussi sur l'état émotionnel et la qualité de vie des conjointes, et de la même manière, le soutien social perçu, la qualité de la relation conjugale, l'ajustement dyadique et les stratégies de coping des conjointes ont des effets positifs sur leur état émotionnel et leur qualité de vie mais aussi sur l'état émotionnel et la qualité de vie des patients. ....	141
1.	Les effets du soutien social.....	143
2.	Les effets de la relation conjugale.....	147
3.	Les effets des stratégies de coping.....	152

E.	Hypothèse 5 : L'état émotionnel des patients a un effet négatif sur leur qualité de vie et sur celle des conjointes, et de la même manière, l'état émotionnel des conjointes a un effet négatif sur leur qualité de vie et sur celle des patients .....	155
1.	L'anxiété état générale .....	156
2.	Les symptômes dépressifs .....	157
VI.	Discussion .....	158
VII.	Conclusion .....	178
	Bibliographie .....	183
	Sommaire des tableaux.....	202
	Sommaire des figures .....	206
	Sommaire des annexes.....	206
	Annexes .....	207

## Introduction

Au cours de ces dernières années, d'importants progrès médicaux ont été faits dans le traitement du cancer de la prostate. Cependant, le nombre de nouveaux cas ne cesse d'augmenter, ce qui s'explique par le prolongement de la vie et par un meilleur dépistage des personnes concernées. En France, on estime à plus de 62000 les nouveaux cas de cancer de la prostate en 2005. C'est le plus fréquent des cancers chez les hommes de plus de 50 ans, son incidence augmente avec l'âge et la moitié des cancers survient après 75 ans (Inserm, 2008).

Malgré les avancées thérapeutiques, le cancer reste un évènement traumatique dans la vie du patient. En effet, 70 % des patients présenteraient un épisode dépressif et le taux de suicide serait multiplié par quatre dans les six mois après l'annonce du diagnostic (Llorente et al., 2005). En ce qui concerne la qualité de vie, les études constatent que le niveau de qualité de vie global est inférieur à la population générale (Litwin et al., 1995 ; Litwin et al., 1998 ; Galbraith et al., 2001 ; Lintz et al., 2003). Cette altération se traduit par des troubles physiques, sexuels, urinaires, de la fatigue et des douleurs osseuses qui induisent un remaniement de l'image corporelle (Ofman 1995).

L'annonce d'un diagnostic de cancer provoque un remaniement de la vie dans le sens où il faut apprendre à vivre avec le fait d'avoir un cancer. Le traitement et le suivi médical du patient sont vécus comme une véritable crise avec beaucoup d'anxiété et d'incertitude (Arnold 1999 ; Greimel et al., 2002). Face à cette situation, il est reconnu qu'une cause importante et déterminante de la capacité des patients atteints de cancer, à vivre avec leur maladie est leur environnement social. La disponibilité et le soutien apporté par les membres de la famille, les amis, le personnel soignant sont essentiels. De nombreuses études ont montré qu'un bon soutien social est associé à un bon état émotionnel<sup>1</sup> (Baider et al., 2003 ; Holland et al., 2003). Inversement, un manque de soutien social et une insatisfaction vis-à-vis de ce soutien seraient liés à une détresse psychologique importante (Nosarti et al., 2002). Il faut cependant faire une différence au niveau de la source de soutien. Un soutien apporté par le conjoint sera perçu comme plus satisfaisant qu'un soutien apporté par la famille ou les amis (Soloway et al., 2005). De plus, le fait de vivre en couple serait en même temps bénéfique pour le patient quant à son état émotionnel. Gore et al. (2005) montrent qu'une relation conjugale satisfaisante a un effet positif sur la qualité de vie.

---

<sup>1</sup> L'état émotionnel recouvre, généralement, les troubles anxieux, les troubles dépressifs et la qualité de vie mentale.

Si la détresse des patients, au cours du traitement, semble faire l'objet de plusieurs études, il n'en est pas de même pour celle des conjointes qui développeraient, elles aussi, des troubles émotionnels importants (Kornblith et al., 1994), et s'inquièteraient plus pour le devenir du patient que le patient lui-même (Davis-Ali et al., 1993). Selon Cliff et al. (2000), 76% des conjointes développent un trouble dépressif qui serait associé à la réduction des relations conjugales, de la santé, de l'activité et de l'autonomie du conjoint (Willener et al., 2005). Dans de nombreux cas, la détresse du partenaire serait même supérieure à celle du patient (Baider et al., 2003 ; Edwards et al., 2003 ; Given et al., 1992).

Les études sur les patients atteints d'un cancer de la prostate sont peu nombreuses et souvent spécifiques aux dysfonctionnements physiques (érectile, fécal et sexuel) de ces derniers (Helgason et al., 1996, 1997 ; Litwin et al., 1995, 1998, 1999 ; Lubeck et al., 1999 ; Lintz et al., 2003). Très peu d'études se sont attachées à connaître les altérations de la qualité de vie générale ou les facteurs explicatifs de ces troubles psychologiques. Celles relatives aux conjointes sont également très rares. Les quelques observations des conjointes sont issues d'études centrées sur les patients, et donnent une description sommaire de leur état physique et psychologique (Kornblith et al., 1994 ; Cliff et al., 2000 ; Eton et al., 2005). Les conjointes sont considérées comme une source de soutien bénéfique aux patients (Dunn et al., 1999 ; Baider et al., 2003 ; Eton et al., 2005), mais n'ont jamais fait l'objet d'études systématiques, ce qui paraît assez surprenant, étant donné que le lien entre l'état émotionnel des patients et celui des conjointes a été démontré (Kornblith et al., 1994 ).

Notre étude se propose de mieux connaître les remaniements psychologiques chez les patients atteints d'un cancer de la prostate et chez les conjointes de ces patients, comme individus à part entière, dans une situation bien particulière qu'est le traitement de ce cancer. De plus, elle s'intéressera aux facteurs interindividuels (soutien social, relation conjugale et stratégies de coping) pouvant agir sur le bien-être propre à chacun mais aussi sur celui du partenaire.

La rédaction de cette thèse s'articule autour de deux grandes parties :

- une partie théorique qui est constituée d'une revue de la littérature, ayant pour objectif de présenter, de façon exhaustive, les études sur les répercussions du cancer sur les troubles anxio-dépressifs et la qualité de vie mais aussi, les effets du soutien social, de la relation conjugale et des stratégies de coping sur le bien-être des patients et des conjointes. Le premier chapitre sera consacré à la définition du cancer ainsi qu'à son épidémiologie. Le deuxième chapitre présentera les altérations de la qualité de vie et les répercussions psychologiques associées au cancer. Le troisième chapitre s'intéressera au soutien social,

général et spécifique, qui influe sur l'état physique et psychologique des patients et des conjointes. Enfin, le quatrième chapitre sera consacré à identifier les comportements positifs et négatifs que patients et conjointes adoptent face au cancer pour atténuer leur souffrance.

- une partie empirique qui présentera la procédure et les outils utilisés, ainsi que les résultats et leur discussion. Le premier chapitre exposera les objectifs et hypothèses de cette étude. Le deuxième chapitre présentera la population d'étude et la procédure. Le troisième chapitre présentera les outils utilisés lors de cette recherche. Enfin, le quatrième chapitre, présentera les résultats de cette recherche, menée auprès de 132 patients et de 100 conjointes, et le cinquième chapitre sera une discussion de ces résultats.

**Impact du cancer de la prostate sur la qualité de vie, l'état émotionnel, le soutien social, la qualité de la relation, l'ajustement dyadique et les stratégies de coping chez les patients et les conjointes : une revue de la littérature.**

## I. Le cancer

### A. Histoire du cancer

Le cancer est une maladie, non spécifique à l'être humain, qui existe depuis que la vie est apparue sur terre. Les premières traces de cancer ont été mises en évidence pas des archéologues qui ont découvert des tumeurs osseuses sur des squelettes d'animaux préhistoriques datant de 1 000 000 d'années avant l'ère chrétienne. Ils ont également trouvé des traces d'un cancer osseux sur l'humérus d'un guerrier de l'âge du fer retrouvé près de Munsigen en Suisse. Cependant, les premières connaissances médicales du cancer remontent aux Egyptiens qui ont décrit la maladie et les prescriptions correspondantes sur le papyrus Ebers, qui est l'un des plus anciens traités médicaux qui nous soit parvenu et qui aurait été rédigé entre 1500 et 1600 avant J-C, pendant le règne d'Amenhotep I<sup>er</sup>. Dans la Grèce Antique, apparaissent les premières écoles de médecines, une des plus connues étant l'école de Cos dirigée par Hippocrate. Ce dernier définit le terme « carcinome<sup>2</sup> » comme étant une tumeur envahissante conduisant à une mort inéluctable. Puis, au cours de l'histoire, les connaissances sur le cancer ont peu évolué, les médecins faisant beaucoup de descriptions à défaut de savoirs et de soins. Par exemple, Ambroise Paré, en 1585, dans son traité des "tumeurs contre nature", décrit la tumeur du sein d'une dame d'honneur de la Reine Catherine De Médicis. En 1693, apparaît l'idée de la contagiosité du cancer avec la théorie infectieuse, dans le traité sur "la guérison du cancer du sein" de Guillaume De Houppeville. En 1775, Percival Pott met en évidence le premier cancer professionnel, le cancer des bourses des ramoneurs. Ce cancer était provoqué par le frottement sur le scrotum de la corde imprégnée de suie qui servait aux "petits ramoneurs" à descendre dans les conduits de cheminée. Il est le premier scientifique à démontrer que le cancer peut être causé par un environnement cancérigène. Enfin, en 1802, apparaît la théorie cellulaire moderne du cancer avec Xavier Bichat. (Imbault-Huart, 1985).

Par conséquent, si le cancer apparaît peu dans notre histoire, c'est que, d'une part, le diagnostic de cancer était méconnu dans de nombreux cas, et d'autre part, la moitié des cancers est, à l'heure actuelle, diagnostiquée après 60 ans, âge que n'atteignait pas la majorité de la population. En effet, avant 1750, seulement 15% dépassaient 60 ans, 30% en 1850 contre 80% aujourd'hui (Pison, 2005).

---

<sup>2</sup> Issu de carcinus qui signifie crabe en Grec et évoque le crabe dévorant les tissus.

## **B. Définition et processus de carcinogénèse**

Le « Cancer » est un terme général désignant toutes maladies pour lesquelles certaines cellules du corps humain se divisent d'une manière incontrôlée. C'est une maladie caractérisée par une prolifération cellulaire anormale au sein d'un tissu normal de l'organisme. Ces cellules dérivent toutes d'un même clone, cellule initiatrice du cancer, qui a acquis certaines caractéristiques lui permettant de se diviser indéfiniment. Au cours de l'évolution de la maladie, certaines cellules peuvent migrer de leur lieu de production et former des métastases.

Les causes possibles de cette prolifération anarchique sont multiples (cancérologie-info, 2007) :

- les virus, qui représentent 15% des cancers humains. Nous ne citerons que certains d'entre eux comme le virus d'Epstein-Barr qui est associé à la maladie de Burkitt et à la maladie de Hodgkin (type de lymphome), le virus de l'hépatite B et C qui jouent un rôle important dans le cancer primitif du foie, le papillomavirus qui est impliqué dans le cancer du col de l'utérus et le virus VIH du SIDA qui est associé à une augmentation du risque de sarcome de Kaposi et de lymphome non hodgkinien.

- les parasites, comme le schistosoma haematobium que l'on trouve fréquemment dans les eaux de l'Afrique de l'est, qui transmet à l'homme la Biharziose, facteur de risque important dans le cancer épidermoïde de la vessie.

- les rayonnements qui sont susceptibles de provoquer des mutations débouchant sur des cancers divers. On constate, par exemple, une augmentation des cancers cutanés chez les sujets exposés au soleil d'une façon excessive, et une augmentation des cancers thyroïdiens chez les personnes ayant été victimes du nuage radioactif dû à l'explosion du réacteur de la centrale nucléaire de Tchernobyl, qui a provoqué la libération massive de césium et d'iode radioactifs.

- les hormones, en particulier les œstrogènes, représentent un facteur de risque important dans les cancers gynécologiques (utérus, sein...).

- les corps chimiques tels que le tabac, l'alcool, l'amiante, les nitrites et de nombreux corps chimiques présents dans l'environnement interviennent dans l'apparition et le développement de cancers.

- les habitudes alimentaires, comme l'excès de certaines graisses, peuvent augmenter le risque de certains cancers.

- les facteurs génétiques joueraient un rôle incontestable dans les cancers appelés « héréditaires » ou « familiaux », mais ces cancers liés à une transmission génétique restent rares. Dans les cas de cancer du colon et du sein, la transmission génétique ne représente que 5% des cas. Actuellement, beaucoup d'études sont en cours

sur les facteurs génétiques dans les cas de cancer, ce qui permet une approche des mécanismes d'action de ces gènes dans la carcinogenèse et laisse entrevoir les multiples possibilités de la thérapie génique.

Les progrès scientifiques et médicaux nous permettent d'affirmer que le cancer nécessite soit une action répétée du facteur carcinogène, soit une action conjuguée de plusieurs facteurs. Il semble que la carcinogenèse réponde à un schéma dit de l'association :

### INITIATION + PROMOTION

→ L'initiation correspondant à une ou plusieurs modifications du génome de la cellule dont la cause a différentes origines (causes virales, parasitaires, hormonales, chimiques, alimentaires, génétiques ou suite à des rayonnements)

→ La promotion est l'exposition prolongée et répétée à une substance qui entretient et stabilise la lésion initiale. Elle peut être de même type que l'initiation ou totalement différente. Par exemple, dans le cas d'un cancer du sein, les œstrogènes peuvent agir sur la croissance d'une tumeur mammaire due, à l'origine, à un facteur génétique.

## **C. Epidémiologie**

### **1. Au niveau mondial**

Les dernières données mondiales sur le cancer se rapportent à l'année 2007 et révèlent que le nombre de nouveaux cas de cancer a été estimé à 12 millions et le nombre de décès par cancer a été estimé à 7,6 millions (American Cancer Society, 2007). D'après l'American Cancer Society, 5,4 millions de ces cancers et 2,9 millions de ces décès se produiront dans les pays industrialisés tandis que 6,7 millions de cas et 4,7 millions de morts, consécutives à cette maladie, seront enregistrés dans les nations en développement.

Chez les hommes, le cancer du poumon est le plus fréquent, à la fois en terme d'incidence (965 000 nouveaux cas) et de mortalité (848 000 décès). Le cancer de la prostate vient en deuxième position pour l'incidence (679 000 nouveaux cas), mais en sixième position pour la mortalité (221 000 décès). L'estomac, le côlon-rectum, le foie et l'œsophage sont les autres principales localisations des cancers masculins.

Chez les femmes, c'est le cancer du sein qui est au premier rang, à la fois en terme d'incidence (1 151 000 nouveaux cas) et de mortalité (411 000 décès). Le cancer du poumon n'est qu'en quatrième position en termes d'incidence (387 000 nouveaux cas), mais en deuxième sur le plan de la mortalité féminine par cancer (331 000 décès). Le col de l'utérus, le côlon-rectum, l'estomac, les ovaires, le corps de l'utérus et le foie sont les autres principales localisations des cancers féminins.

Au cours des prochaines décennies, le vieillissement de la population entraînera une augmentation importante du poids des cancers dans la mortalité mondiale. En 2030, le nombre total de décès par cancer dans le monde devrait dépasser les 11 millions. Pourtant, le taux de mortalité par cancer diminuera globalement. En effet, le cancer étant une maladie liée à l'âge, il est normal que le nombre de décès augmente lorsque la population vieillit. En contrôlant la variable « âge », les décès masculins par cancer diminueront ainsi de 0,2% par an entre 2002 et 2030 ; les cancers féminins de 0,4% par an. En revanche, les décès masculins par cancer du poumon augmenteront au rythme de 0,1% par an, les décès féminins par ce même cancer progresseront au rythme de 0,3% par an (Mathers et al. 2007).

## **2. Au niveau national**

En France, en 1980, le nombre de nouveaux cas de cancers était de 170 000. En 2005, il a été estimé à 320 000 : 184 000 chez les hommes et 136 000 chez les femmes. En 25 ans, ce nombre a presque doublé (+93% chez l'homme, +84% chez la femme): cette évolution peut être expliquée, pour environ la moitié, par l'augmentation et le vieillissement de la population française et pour l'autre moitié, d'une part par les effets du dépistage et du diagnostic précoce et d'autre part par l'augmentation du risque de développer un cancer (Réseau Francim, 2008).

Chez l'homme, les trois cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate, du poumon et du côlon-rectum. Chez la femme, il s'agit des cancers du sein, du côlon rectum et du poumon. En 2005, le cancer de la prostate demeure le plus fréquent chez l'homme et celui du sein le plus fréquent chez la femme. La progression a été plus importante pour les cancers de la prostate qui, avec plus de 62000 nouveaux cas diagnostiqués, estimés en 2005, devançant les cancers du sein responsables de près de 50 000 nouveaux cas. Le cancer de la prostate est le 4ème en termes de mortalité avec plus de 9 000 décès, et est le cancer dont l'incidence a le plus augmenté, ces 25 dernières années. (Institut de veille sanitaire, Tableau 1).

Localisation	Incidence				Mortalité				
	Situation en 2005			Taux moyen annuel d'évolution		Situation en 2005		Taux moyen annuel d'évolution	
	Nombre de nouveaux cas	Taux d'incidence <sup>1</sup>	1990-2005	2000-2005	Nombre de décès	Taux de mortalité <sup>2</sup>	1990-2005	2000-2005	
Prostate	62245	121,2	+6,3	+8,5	9202	13,5	-0,9	-2,5	
Poumon	23937	50,5	+0,2	-0,5	20950	42,0	-0,1	-1,7	
Colon-rectum	19913	37,7	+0,5	-0,5	8901	15,2	-1,1	-1,2	
Lèvre, cavité orale, pharynx	9531	21,8	-2,2	-5,0	3264	7,2	-3,1	-5,4	
Vessie	7959	14,6	-0,3	-2,5	3384	5,6	-0,8	-2,1	
Lymphome malin non Hodgkinien	5523	12,1	-2,7	-0,1	2242	4,0	+1,3	-2,3	
Rein	5368	11,4	-1,8	-0,3	2349	4,3	+0,2	-1,2	
Foie	5104	10,4	+3,8	+1,9	*	*	*	*	
Estomac	4405	8,2	-2,3	-2,4	2974	5,3	-3,6	-3,3	
Pancréas	3733	7,7	+2,0	+4,4	*	*	*	*	
Œsophage	3733	7,9	-2,6	-4,5	3095	6,3	-3,1	-4,6	
Mélanome de la peau	3303	7,6	+4,7	+0,8	772	1,6	+2,3	+0,3	
Larynx	3242	7,1	-2,7	-4,7	1251	2,6	-5,8	-8,3	
Myélome multiple et maladie immunoproliférative	2445	4,6	+2,2	+1,5	1393	2,3	+1,0	+0,5	
Système nerveux central	2255	5,7	+0,7	+0,1	1688	3,9	+0,8	-0,6	
Testicules	2002	6,4	+2,5	+2,7	82	0,2	-4,4	-4,5	
Leucémie lymphoïde chronique	1856	3,6	+0,6	+0,2	588	0,9	-0,3	-2,8	
Leucémie aigüe	1657	4,5	+0,9	+0,9	1447	2,8	-0,5	-0,2	
Thyroïde	1599	4,2	+5,8	+6,4	147	0,3	-1,8	-2,7	
Maladie de Hodgkin	787	2,3	-0,9	-0,8	127	0,3	-4,9	-5,3	
Plèvre	642	1,2	+1,7	-3,4	*	*	*	*	
<b>Tous cancers</b>	<b>183485</b>	<b>376,1</b>	<b>+1,2</b>	<b>+1,7</b>	<b>86489</b>	<b>160,7</b>	<b>-1,1</b>	<b>-2,5</b>	

Localisation	Incidence				Mortalité				
	Situation en 2005			Taux moyen annuel d'évolution		Situation en 2005		Taux moyen annuel d'évolution	
	Nombre de nouveaux cas	Taux d'incidence <sup>1</sup>	1990-2005	2000-2005	Nombre de décès	Taux de mortalité <sup>2</sup>	1990-2005	2000-2005	
Sein	49814	101,5	+2,4	+2,1	11301	17,7	-0,4	-1,3	
Colon-rectum	17500	24,5	+0,3	+0,1	7964	8,9	-1,3	-0,8	
Poumon	6714	12,6	+5,1	+5,8	5674	9,4	+3,5	+4,2	
Corps de l'utérus	5774	10,0	-0,2	-0,1	1800	2,3	-0,5	-0,6	
Thyroïde	5073	12,7	+6,0	+6,1	256	0,3	-3,1	-3,9	
Lymphome malin non hodgkinien	4701	8,2	+2,9	+0,4	1961	2,3	+1,5	-3,0	
Ovaire	4375	8,1	-0,4	-1,0	3180	4,6	-0,7	-2,8	
Mélanome de la peau	4098	8,8	+3,4	+0,5	668	1,1	+1,3	-0,8	
Pancréas	3336	4,7	+3,8	+4,5	*	*	*	*	
Col de l'utérus	3068	7,1	-2,9	-1,8	1067	1,9	-4,0	-3,2	
Lèvres, cavité orale, pharynx	3729	5,2	+1,6	+1,6	736	1,2	0	-0,8	
Rein	2581	4,5	+1,6	-1,4	1335	1,7	-0,3	-0,8	
Estomac	2389	3,1	-2,8	-2,5	1782	2,0	-4,0	-1,3	
Myélome multiple et maladie immunoproliférative	2071	2,9	+1,8	+1,1	1396	1,6	+0,6	+0,5	
Système nerveux central	1865	4,2	+1,1	+0,6	1331	2,5	+1,0	-0,9	
Vessie	1720	2,1	-1,3	-1,6	1098	1,1	-1,0	-1,2	
Leucémie aigüe	1425	3,5	+0,9	+0,9	1286	1,9	-0,7	-0,2	
Leucémie lymphoïde chronique	1368	2,0	+1,2	+0,7	471	0,4	0	-2,6	
Foie	1329	2,0	+4,0	+3,6	*	*	*	*	
Œsophage	988	1,5	+1,5	1,4	755	1,0	-0,2	-0,2	
Maladie de Hodgkin	757	2,5	+1,1	+3,3	91	0,2	-4,4	-4,5	
Larynx	493	1,0	+2,1	+2,0	155	0,3	-1,7	-1,8	
Plèvre	264	0,4	+3,1	+1,8	*	*	*	*	
<b>Tous cancers</b>	<b>135895</b>	<b>251,9</b>	<b>+1,4</b>	<b>+1,6</b>	<b>59273</b>	<b>80,0</b>	<b>-0,9</b>	<b>-1,2</b>	

<sup>1</sup> : Taux standardisé selon la structure d'âge de la population mondiale et exprimé pour 100 000 personnes-années.

<sup>2</sup> : Taux annuel moyen d'évolution pour le taux standardisé

\* : données de mortalité non présentées

**Tableau 1 : Incidence et mortalité par cancer en France (situation en 2005 et tendances évolutives).**

## D. Le cancer de la prostate

### 1. Définition

Il s'agit d'une prolifération anarchique de cellules cancéreuses au sein de la prostate. La prostate est une glande, de la grosseur d'une noix, du système reproducteur masculin, située sous la vessie, en avant du rectum. Située au carrefour des voies urinaires et génitales, la prostate sécrète les substances nutritives et fluidifiables du sperme (Figure 1). Comme elle entoure l'urètre, une tumeur au niveau de la prostate peut nuire à la miction. Pour fonctionner, la prostate a besoin d'hormones sexuelles, les androgènes, qui sont produites surtout dans les testicules, et par les glandes surrénales. Certains cancers de la prostate sont stimulés par ces hormones.

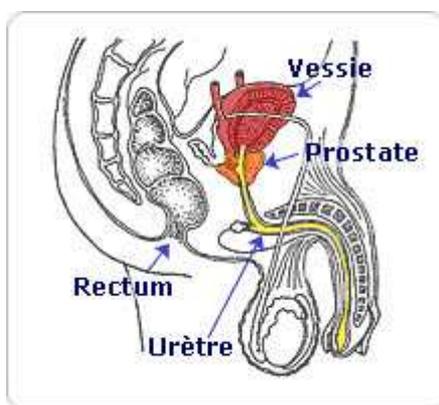


Figure 1 : coupe médiane du bassin de l'homme

Comparativement à d'autres cancers, le pronostic du cancer de la prostate est plutôt bon. De nos jours, seulement un tiers des hommes atteints d'un cancer de la prostate en décéderont. Bien souvent, le cancer demeure localisé dans la prostate et n'a que peu ou pas d'effet sur l'état de santé générale ou sur la longévité de la personne. Sa croissance est relativement lente : dans la majorité des cas, après le diagnostic, la maladie évolue sur dix ans ou plus. Ainsi, de nombreux hommes meurent avec un cancer de la prostate sans que celui-ci n'en soit la cause, puisqu'on retrouve des foyers de cellules cancéreuses dans 30 à 70 % des cas lors d'études autopsiques réalisées chez des hommes de 70 à 80 ans (Halpert et al., 1963).

### 2. Dépistage d'après la Haute Autorité de Santé (HAS, 2008)

Les causes du cancer de la prostate ne sont pas connues avec précision. Il existe une prédisposition génétique, la présence de certains gènes semblant faiblement corrélée avec la survenue de la maladie. En particulier, une mutation sur le chromosome 8 pourrait expliquer la plus grande fréquence de ce cancer chez les noirs américains. Des causes nutritionnelles ont été évoquées avec un rôle potentiellement protecteur des lycopènes. De

même, l'exercice physique pourrait avoir un effet légèrement protecteur et le tabac un effet délétère (Plaskon et al., 2003).

Dans la plupart des cas, le cancer de la prostate est asymptomatique et est découvert alors qu'il n'entraîne aucune manifestation lui étant propre. Il est le plus souvent découvert lors :

- d'analyses sanguines incluant l'étude du PSA (Prostate Specific Antigen ou antigène spécifique de la prostate, dont la valeur prédictive et l'utilisation, sans bénéfice prouvé en termes de santé publique, ont récemment été remises en cause). Le PSA est une protéine normalement sécrétée par les cellules prostatiques, mais une cellule cancéreuse en sécrète 10 fois plus qu'une cellule normale. Cette propriété suscite de nombreux espoirs en termes de dépistage malgré une controverse importante dans le milieu médical. Il est admis, toutefois, qu'un taux de PSA compris entre 4 et 10 ng/ml est douteux et qu'il est nettement significatif au-delà. Il reste un marqueur encore incertain pour le dépistage, mais reste un indicateur essentiel pour le suivi et le traitement des cancers déclarés ;

- d'un toucher rectal réalisé à titre systématique, ou en raison de symptômes liés à une autre maladie (en particulier l'hypertrophie bénigne de la prostate) ;

- d'une intervention chirurgicale au niveau de la prostate pratiquée pour d'autres raisons que le cancer.

Lorsqu'il est symptomatique, le cancer de la prostate est découvert le plus souvent à un stade avancé. Il peut entraîner :

- une rétention aiguë d'urine,
- une hématurie (présence de sang dans les urines),
- une impuissance sexuelle,
- une altération de l'état général,
- des douleurs et/ou le dysfonctionnement ou la défaillance d'autres organes liés à la présence de métastases.

L'orientation diagnostique repose sur deux éléments clés : le toucher rectal et le dosage sanguin des PSA. L'anormalité de l'un ou de ces deux éléments laisse soupçonner un cancer de la prostate. Il sera confirmé ou infirmé par l'analyse sous microscope d'un échantillon de la prostate (biopsie prostatique transrectale échoguidée). Seule la positivité de ces biopsies autorise à planifier et à débiter le traitement spécifique de ce cancer. Une fois le diagnostic de cancer de la prostate confirmé, une scintigraphie osseuse est réalisée pour rechercher d'éventuelles métastases osseuses ainsi qu'une IRM abdomino-pelvienne pour

préciser l'extension de la tumeur dans la loge prostatique et d'éventuelles métastases ganglionnaires pelviennes, rétropéritonéales ou hépatiques.

La classification TNM<sup>3</sup> des cancers définie par Denoix et al. (1946) s'applique également au cancer de la prostate. Elle a été modifiée en 2002 par l'AJCC (American Joint Committee of Cancer) qui définit une classification clinique (cTNM<sup>4</sup>) et une classification pathologique (pTNM<sup>5</sup>) mais qui est peu utilisée (Annexe 1). La méthode d'évaluation qui reste la plus souvent utilisée pour mesurer le degré de gravité d'un cancer de la prostate est le système de score de Gleason qui indique un grade permettant de savoir si le cancer est bien différencié ou non. Il se calcule après l'examen au microscope de la biopsie prostatique. L'identification des deux plus grandes zones de cancer repérées dans les prélèvements permet l'attribution à chacune d'un grade allant de 1 à 5 (du moins au plus agressif). Les deux grades sont additionnés pour obtenir le score de Gleason. Si la somme est de 6 ou moins, le cancer est dit bien différencié, donc de meilleur pronostic ; 7 : le cancer est moyennement différencié ; 8 ou plus : le cancer est peu différencié, donc de moins bon pronostic.

Un cancer de la prostate ayant obtenu un faible score de Gleason évolue si lentement qu'il ne met pas la vie du patient en danger. À l'inverse, un score de Gleason élevé, combiné à un dosage PSA élevé, rend probable la présence de cancer à l'extérieur de la prostate, ce qui a d'importantes répercussions sur le traitement et le pronostic.

### **3. Les traitements**

Comme le cancer de la prostate évolue généralement lentement, il existe plusieurs façons de le traiter :

- l'attente sous surveillance qui est une option thérapeutique lorsque la tumeur est bien circonscrite (les cellules cancéreuses sont confinées à la prostate). On ne donne alors pas de médicaments et on ne pratique pas de chirurgie, mais on surveille de près l'évolution de la tumeur. D'ailleurs, si la tumeur croît très lentement, et que la personne atteinte est âgée, la tumeur n'aura pas le temps de grossir avant que d'autres problèmes de santé ne surviennent. En effet, comme les traitements plus invasifs occasionnent souvent des complications (douleur, incapacité à avoir une érection, incontinence urinaire, infection), il est parfois préférable d'observer sans intervenir.

---

<sup>3</sup> T : dimensions de la tumeur ; N : atteintes des ganglions ; M : métastases

<sup>4</sup> cTNM : classification clinique TNM effectuée avant tout traitement

<sup>5</sup> pTNM : classification pathologique TNM effectuée après la chirurgie

- la chirurgie qui est pratiquée lorsque les cellules cancéreuses n'ont pas migré. On peut les éliminer de l'organisme en retirant la prostate, entièrement ou en partie. Cependant, l'absence de prostate entraîne certains problèmes comme une impuissance temporaire ou permanente. Si la tumeur est très grosse et touche aux nerfs, il se peut que l'on décide de ne pas procéder à la chirurgie pour ne pas mettre en danger le système nerveux. Un autre type de chirurgie, l'orchidectomie, consiste à retirer les testicules afin de priver les cellules cancéreuses de la testostérone qui est une hormone impliquée dans l'évolution de ce cancer.

- la cryochirurgie qui est utilisée pour certains cancers de très petite taille ou pour des lésions précancéreuses et qui consiste à appliquer un froid intense (créé par de l'azote liquide) afin de geler et tuer les tissus concernés.

- la chimiothérapie qui consiste à administrer, par injection ou sous forme de comprimés, des agents chimiques toxiques afin d'éliminer les cellules cancéreuses. Il en existe plusieurs sortes, qui possèdent différents mécanismes d'action et différents effets indésirables.

- la radiothérapie qui consiste à détruire les cellules cancéreuses à l'aide de radiations électromagnétiques externes (émises par un appareil de radiothérapie), en essayant d'épargner les tissus sains périphériques.

- la curiethérapie qui est une autre forme de radiothérapie où l'on introduit, dans le corps du patient, à proximité de la tumeur, des substances radioactives dans le but d'irradier et de tuer les cellules cancéreuses.

- la thérapie hormonale qui est une approche à long terme, qui vise à administrer des médicaments qui vont agir pour priver les cellules cancéreuses des hormones mâles dont elles ont besoin pour croître.

Malgré une augmentation continue du nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate, ce type de cancer est considéré de bon pronostic, étant donné que la survie relative<sup>6</sup> à 1 an est de 94%, de 85% à 3 ans et de 80% à 5 ans (Réseau Francim, 2008). Cependant, comme tout autre type de cancer, il est à l'origine de nombreux troubles émotionnels et d'une dégradation du bien-être. Dans le chapitre suivant, nous nous intéresserons à l'altération de la qualité de vie induites par la pathologie cancéreuse et aux répercussions psychologiques, anxieuses et dépressives.

---

<sup>6</sup> Survie relative estime la survie nette c'est-à-dire qu'elle permet de prendre en compte la mortalité compétitive liée à l'âge

## II. Altération de la qualité de vie et répercussions psychologiques

### A. La qualité de vie

#### 1. Emergence du concept

L'origine du terme « qualité de vie » remonte à un slogan politique américain lancé par Lyndon B Johnson en 1964 dans son message à la nation intitulé "The Great Society", s'inscrivant par la suite dans la constitution de Jefferson qui fait du bonheur un droit inaliénable de tout citoyen américain. Tiré du sens commun, le concept de « qualité de vie » apparaît comme une donnée, une évidence de la nature directement accessible à notre compréhension. Cette expression recouvre la satisfaction de sa vie, le bonheur, le moral, inclut la santé mentale et l'adaptation, c'est-à-dire l'anxiété et la dépression. La qualité de vie est considérée comme un indicateur social du bonheur du citoyen (Andrews et Withey, 1976), le bien-être subjectif reste dans la sphère psychologique, dans le jugement que porte un sujet sur sa vie et sur son équilibre psychique tel qu'il le ressent (Beaufils, 1996).

En 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le concept de santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition de la santé a permis un questionnement sur le concept de « qualité de vie » qui a abouti à l'élaboration de trois courants conceptuels :

- La qualité de vie d'un point de vue environnemental qui se base essentiellement sur des critères objectifs tels que la pollution, les nuisances, les crimes, la délinquance, les revenus, les indicateurs sociaux ou le confort. Cependant, c'est à partir des études de ces différents domaines que la notion de qualité de vie subjective est apparue, étant donné l'absence de corrélation significative entre les conditions de vie objectives et le vécu des personnes. L'importance d'obtenir le ressenti des personnes concernées pour recueillir une évaluation de la qualité de vie subjective semble être, à partir de là, essentielle.

- La qualité de vie en relation avec la santé (« Health related quality of life »)

Dans les premiers temps, les recherches se sont centrées principalement sur l'implication des troubles fonctionnels sur la santé, puis ont inclus le fonctionnement social. C'est à partir des années 80, que la dimension mentale sera introduite dans le concept de qualité de vie. En effet, il apparaît important dans la littérature de prendre en compte aussi bien la symptomatologie psychique que la symptomatologie somatique (Schipper et al., 1990). L'étude de la qualité de vie ne consiste plus seulement à l'évaluation des symptômes liés à la pathologie mais aussi à l'évaluation des symptômes anxieux et dépressifs ainsi qu'à l'impact de la pathologie sur l'entourage (Parmenter et al., 1994). Les aspects subjectifs de la qualité de vie apparaissent, dans les recherches, avec la notion de souffrance, étroitement

liés à la douleur physique (Levine, 1987) mais également à la douleur psychique (De Haes et al., 1985)

- la qualité de vie abordant tous les domaines de la vie et vue comme un tout dont l'étude se situe dans le champ de la psychosociologie avec l'hypothèse que le bien-être et le mal-être sont indépendants l'un de l'autre et qu'il existe un équilibre entre les affects positifs et les affects négatifs (Andrews et al., 1976 a et b ; Campbell et al., 1976 a et b ; Headey et al., 1984 a et b). Ici, la qualité de la vie se caractérise par un regard cognitif, un jugement sur son vécu de bien-être ("est-ce que cela fait assez ?") et dont l'indicateur princeps est la satisfaction exprimée face aux divers domaines de vie. Le terme satisfaction étant à prendre dans son acception étymologique "faire assez" c'est-à-dire ni trop ni trop peu et doit être différencié du sentiment de complétude comme l'est le bonheur. La qualité de la vie y est décrite à travers des hiérarchies de valeurs, un fonctionnement cognitif et des affects.

Ce concept de qualité de vie est un concept intéressant, d'un point de vue pratique, mais ces contours théoriques sont vastes. Comme le souligne Bruchon-Schweitzer (2002), « le concept de qualité de vie est le concept le plus large de tous et le plus intégratif. Il s'est construit peu à peu par l'intégration de différents indicateurs au fil du temps : le bonheur, d'origine philosophique, le bien-être matériel (welfare) et le bien-être subjectif (well-being) d'origine psychologique et sociologique, la santé physique d'origine médicale et la santé mentale d'origine psychiatrique ».

## **2. Définition**

Ce concept de qualité de vie possède de nombreuses définitions qui ont été établies au cours du temps, mais qui n'ont pas permis d'établir de consensus au sein de la communauté scientifique. En 1994, l'Organisation Mondiale de la Santé propose une définition de ce concept afin d'apporter un cadre théorique, qui se veut intégratif, en respectant le caractère multidimensionnel de ce concept. Même si cette définition est controversée, elle reste la définition de référence pour le monde scientifique.

« La qualité de vie est 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 donc 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 » (Organisation Mondiale de la Santé, 1994).

La qualité de vie est devenue une notion centrale, générale, globale et multidimensionnelle incluant deux dimensions distinctes : l'état fonctionnel objectif et le bien-être subjectif.

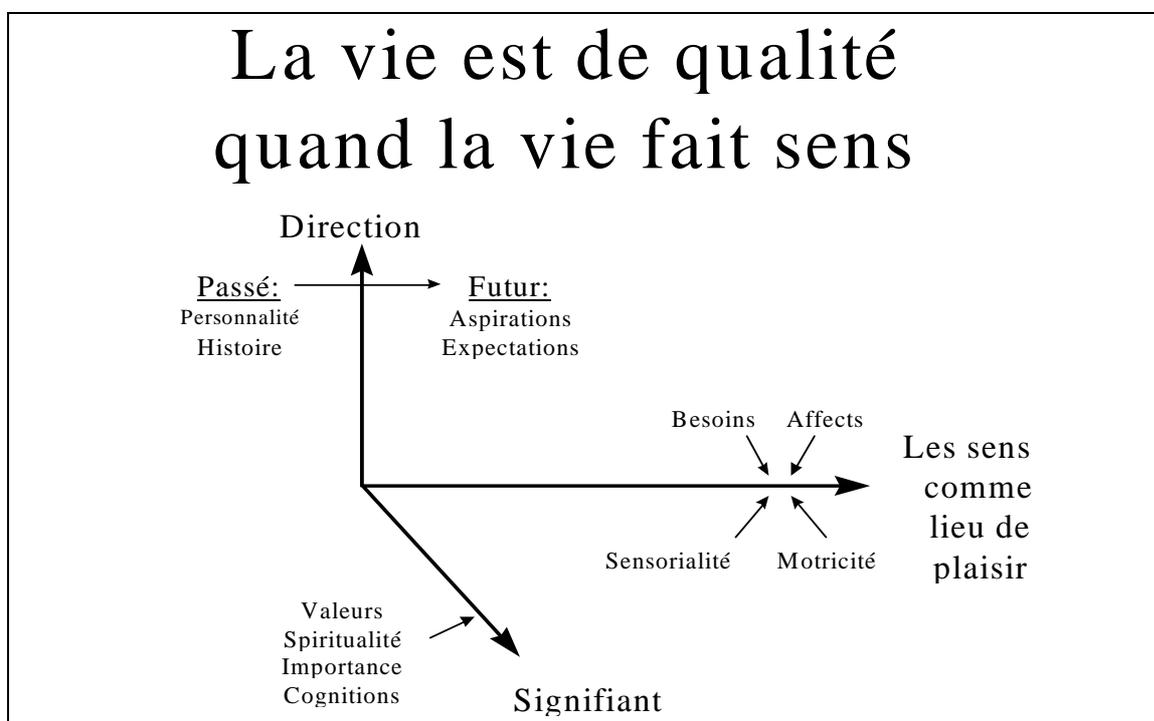
Selon l'OMS, le concept de qualité de vie se divise en quatre domaines :

- Le domaine de la santé physique comprenant les activités quotidiennes, la dépendance aux substances médicales et à l'aide médicale, l'énergie et la fatigue, la mobilité, la douleur physique et la gêne, le sommeil et le repos, et la capacité à travailler.
- Le domaine psychologique comprenant l'image du corps et l'apparence, les sentiments négatifs, les sentiments positifs, l'estime de soi, les croyances personnelles, la religion et la spiritualité, les opinions, l'apprentissage et la concentration.
- Le domaine des relations sociales comprenant les relations personnelles, le support social et l'activité sexuelle.
- Le domaine de l'environnement comprenant les ressources financières, la liberté, la sécurité, l'intégrité, les soins médicaux et sociaux : accessibilité et qualité, environnement familial, les opportunités d'acquérir de nouvelles informations et pratiques, la participation et les opportunités de création, de loisirs et d'activités, l'environnement physique (pollution, bruit, embouteillage, climat) et les transports.

Actuellement, la notion de qualité de vie prend une place prépondérante dans notre société et entre dans l'évaluation de l'efficacité de toute thérapie médicale. Il semble évident que l'évaluation de la qualité de vie ne peut pas être réduite à celle de la santé et que la dimension mentale et psychologie revêt une importance particulière. La santé physique ne suffit pas à expliquer les différences de niveau de qualité de vie, il est donc fondamental de prendre en compte la santé mentale et psychologique. Par exemple, certains sujets dont le statut fonctionnel et de santé est considéré comme déplorable ont une qualité de vie élevée, ou inversement (méta-analyse de Rejeski et Mihalko, 2001). De plus, le point de vue du patient, celui du professionnel de santé et celui de la société offrent des regards différents sur la qualité de vie (Leplège, 2001). La qualité de vie est, non seulement, un concept multidimensionnel mais également multipartite.

Dans le cadre des sciences humaines et sociales, le point de vue le plus étudié est celui des sujets participant à une recherche. A partir des différents travaux effectués sur le concept de qualité de vie, un modèle a particulièrement attiré notre attention. Il s'agit du modèle de Corten (1998) qui s'inscrit dans la théorie systémique et qui, par conséquent, considère le sujet comme un tout. Corten (1998) articule son modèle autour de la notion du « sens » et « entend par « sens » tous les sens du mot sens : les sens en tant que lieu de plaisir où interviennent les affects et les besoins bien sûr, mais aussi la sensorialité (écouter,

voir, goûter) et la motricité (marcher, danser, se relaxer), le sens en tant que signifiant où interviennent les valeurs, les importances, mais aussi la spiritualité, et enfin le sens en tant que direction reliant le passé avec son histoire et sa personnalité au futur avec ses aspirations et expectations » (Figure 2). La qualité de la vie, dans ce modèle, est liée à des interdépendances. Dans une logique systémique<sup>7</sup>, l'individu est un système ouvert en échange dynamique avec les autres, et cet échange doit être homéostasique. La qualité de la vie reposerait ainsi sur un équilibre entre assistance reçue des autres et investissements à faire pour aller vers les autres. Si cet équilibre est rompu, dans un sens ou dans l'autre, la souffrance apparaît.



**Figure 2 : modèle de la qualité de vie selon Corten (1998)**

Ce modèle permet une approche globale du sujet, en le plaçant au confluent de trois dimensions principales (direction/signifiant/sens), chacune étant composée de nombreuses sous-dimensions, sans aucune notion de hiérarchie, ce qui lui permet de s'adapter à tout sujet, et à n'importe quel moment de sa vie. Toutefois, le fait que l'environnement social du sujet soit absent de ce modèle, constitue une lacune majeure, car les relations sociales

<sup>7</sup> La logique systémique incite à se détacher du problème pour se consacrer prioritairement à ce que le système pourrait obtenir si le problème n'y faisait obstacle. Dès qu'il se pose, il s'agit d'abord de faire préciser l'objectif recherché avant d'apprécier, parmi les processus en cours, les leviers d'action *pertinents* sur lesquels fonder sa stratégie (Bériot, 2006).

représentent, selon nous, une source ayant une implication importante dans la qualité de vie du sujet.

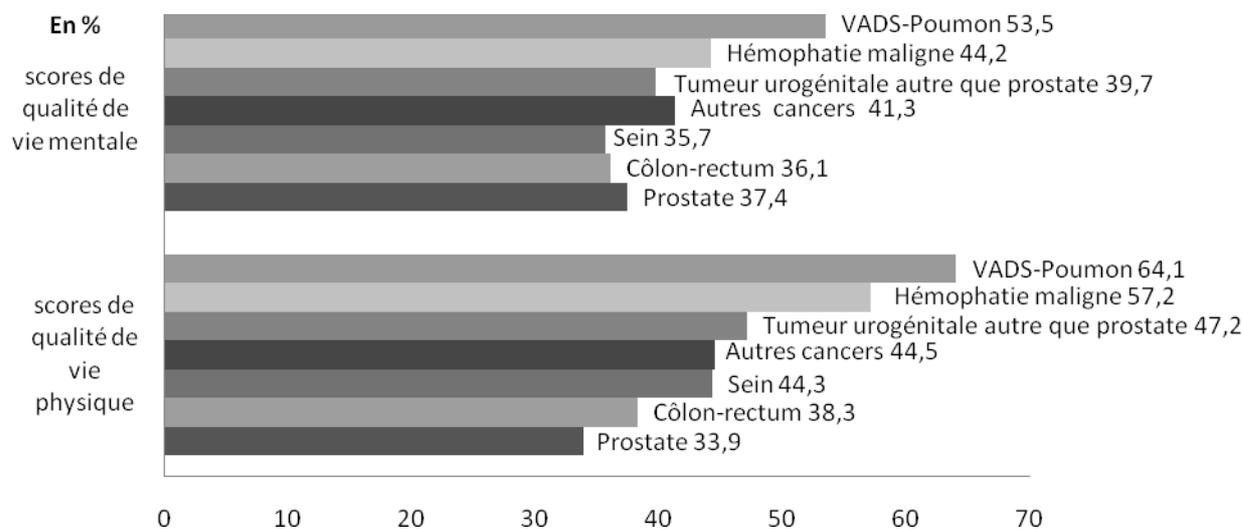
### **3. Qualité de vie des patients**

#### **a) Impact du cancer**

Actuellement, les recherches sur la qualité de vie sont élaborées dans l'optique somatique et psychique des répercussions des maladies ou des traitements sur la vie quotidienne des patients. Cependant, le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne du patient peut se comprendre de différentes manières, en terme d'état de santé, de capacités fonctionnelles, d'état psychologique, d'interactions sociales ou de statut économique. Le Corroller-Soriano et al. (2008), indiquent que, deux ans après le diagnostic de cancer, en comparaison à la population générale, le pourcentage de patients atteints de cancer (N = 3882), ayant une altération de la qualité de vie physique et mentale, est important. De plus, ces auteurs montrent que les niveaux de qualité de vie physique et mentale diffèrent en fonction de la localisation du cancer. La figure 3 indique le pourcentage de personnes atteintes de cancer qui ont une qualité de vie plus altérée que les trois quarts de la population générale, en tenant compte de la localisation du cancer. On remarque que le cancer qui détériore le plus la qualité de vie est le cancer VADS<sup>8</sup> - poumon, puisque 64,1% ont une qualité de vie physique et 53,5% une qualité de vie mentale, inférieures à celle de la population générale. On observe également que le cancer qui altère le moins la qualité de vie physique est le cancer de la prostate (33,9% des patients ont une qualité de vie inférieure à la population générale), et que celui qui altère le moins la qualité de vie mentale est le cancer du sein (35,7% des patients ont une qualité de vie inférieure à la population générale). Le cancer colorectal et le cancer de la prostate altèrent, également, faiblement la qualité de vie mentale (respectivement 36,1% et 37,4% des patients ont une qualité de vie mentale inférieure à la population générale).

---

<sup>8</sup> VADS : voies aérodigestives supérieures



**Figure 3 : Proportion des personnes ayant un score de qualité de vie inférieur à celui des trois quarts de la population générale de même âge et de même sexe selon la localisation du cancer d'après Le Corroller-Soriano et al., 2008**

Les résultats de cette étude indiquent qu'en fonction de la localisation du cancer, il existe des différences significatives au niveau de l'altération de la qualité de vie physique, mais aucune au niveau de l'altération de la qualité de vie mentale. Les différences entre les catégories de cancer (cancer VADS - poumon, hémopathies malignes, tumeurs urogénitales autres que prostate, sein, côlon-rectum, prostate et autres cancers) apparaissent plus marquées pour la qualité de vie «physique» que pour la qualité de vie «mentale» : l'écart de points maximum pour le score d'activité physique étant de 16 (sur une échelle de 1 à 100) et celui du score de santé mentale de 7,6. Il s'avère que ce sont les maladies cancéreuses les plus graves (VADS, cancer du poumon et hémopathies malignes) qui ont une plus mauvaise qualité de vie 2 ans après le diagnostic. Pour permettre une comparaison entre les différentes localisations du cancer, cette étude a choisi de prendre, comme cancer de référence, le cancer colorectal. Elle indique que, statistiquement, chaque localisation cancéreuse se démarque du cancer colorectal en présentant soit une moins bonne (cancers des VADS et du poumon ainsi que les hémopathies malignes), soit une meilleure qualité de vie physique (cancers du sein, de la prostate, tumeurs urogénitales autres que prostate et autres cancers). En revanche, la qualité de vie mentale des individus n'est influencée par aucune variable clinique comme le type de cancer, le pronostic relatif à la maladie ou le type de traitement (Le Corroller-Soriano et al., 2008).

Nous allons, à présent, nous intéresser plus spécifiquement à la qualité de vie des patients atteints d'un cancer de la prostate. Nous avons déjà observé, dans l'étude de Le Corroller-Soriano et al., (2008), que le cancer de la prostate est un type de cancer qui altère peu la qualité de vie en comparaison à la population générale mais aussi en comparaison à d'autres types de cancer. Pourtant, certaines études, qui se sont spécifiquement intéressées au cancer de la prostate, ont indiqué que le niveau de qualité de vie des patients atteints de ce type de cancer est inférieur à celui de la population générale principalement dans les domaines suivants : l'incontinence urinaire, fécale et les troubles sexuels (Litwin et al., 1998 ; Galbraith et al., 2001 ; Lintz et al., 2003).

### **b) Impact du cancer de la prostate**

Les hommes qui ont été suivis, au cours d'études longitudinales, ne relatent aucun dysfonctionnement au niveau de la qualité de vie suite au diagnostic, ceci favorisant l'hypothèse que l'altération de la qualité de vie est en relation avec le traitement (Lubeck et al., 1999). En effet, Lubeck et al. (1999) observent que les patients traités par prostatectomie ou radiothérapie (N = 692) relatent un manque d'énergie et une diminution des activités quotidiennes durant peu de temps après le traitement mais qui disparaissent ensuite. L'étude de Litwin et al. (1995) confirme ces résultats, puisque ces auteurs ne trouvent pas de différence entre les patients ayant été traités pour un cancer de la prostate (N = 214) et des hommes du même âge sans cancer (N = 273), que ce soit au niveau du bien-être physique, de l'activité, du bien-être social, des douleurs, de la santé générale, de la vitalité ou du bien-être émotionnel, un an après le traitement. Ils indiquent également qu'un an après le traitement, chez plus de 90% des patients traités par prostatectomie, tous les domaines de la qualité de vie, physique ou mentale, qui ont pu être altérés, durant le traitement, sont revenus au niveau initial d'avant le traitement, (Litwin et al., 1995).

D'après plusieurs études, il n'existe pas de différences significatives entre les traitements (Lim et al., 1995 ; Tefilli et al., 1998 ; Shrader-Bogen et al., 1997). Cependant, il s'avère que les hommes traités par radiothérapie (N = 75) sont ceux qui rapportent le moins d'altérations de la qualité de vie. Lubeck et al. (1999) montrent que les hommes traités par radiothérapie présentent des déficits modérés au niveau du bien-être physique et de la vitalité juste après le traitement et ne signalent aucun autre problème substantiel. Il semble que la fatigue soit un symptôme fréquemment observé chez ces patients. Selon, Beard et al., (1997), la fatigue est la complication majeure observée chez les patients traités par radiothérapie, et ce traitement semble être la cause principale de l'augmentation de la fatigue, surtout chez les patients recevant une radiothérapie du bassin entier. Les auteurs

affirment que cette fatigue n'est pas liée à des perturbations psychologiques telles que l'anxiété ou la dépression, mais bien au traitement (Beard et al., 1997 ; Monga et al., 1997). En ce qui concerne la qualité de vie mentale des patients atteints d'un cancer de la prostate, les études sont rares et nos résultats préliminaires (N = 25) indiquent qu'il existe une altération de la composante mentale en comparaison à la population générale (Lafaye et al., 2007) mais que ce n'est pas le type de traitement qui influe sur la qualité de vie mentale (Voerman et al., 2006).

Les conclusions des études précédentes, au sujet de la qualité de vie générale des patients traités pour un cancer de la prostate, sont similaires. Elles indiquent une altération de la qualité de vie pendant le traitement et concluent que le traitement est la cause principale de la détérioration de la qualité de vie physique.

- L'incontinence urinaire

Les patients traités pour un cancer de la prostate ont plus de problèmes urinaires que les personnes de même âge sans cancer (Joly et al., 1998). De plus, les patients traités par prostatectomie ont une fonction urinaire plus altérée que ceux traités par radiothérapie, (Litwin et al., 1995), eux-mêmes ayant plus de troubles urinaires que les patients en attente thérapeutique (Joly et al. 1998). Le dysfonctionnement urinaire semble donc être une complication connexe au traitement. Litwin et al. (1995) ont comparé trois groupes d'hommes ayant un cancer de la prostate, traités par prostatectomie (N = 98), radiothérapie (N = 56) ou en attente thérapeutique (N = 60), à un groupe d'hommes sans cancer de la prostate (N = 273). Ce sont les hommes traités par prostatectomie radicale qui ont la plus mauvaise fonction urinaire. 40% des hommes traités par prostatectomie radicale disent avoir des fuites quotidiennes (2 fois plus que les hommes traités par radiothérapie). Les hommes traités par radiothérapie ont une plus mauvaise fonction urinaire en comparaison aux hommes sans cancer. Cependant, 92% d'entre eux disent avoir un contrôle total de leur fonction urinaire ou quelques fuites occasionnelles. Toutefois, d'autres études ont montré des taux d'incontinence plus élevés que ceux observés dans l'étude de Litwin et al. (1995). Joly et al. (1998) ont comparé des hommes traités par radiothérapie (N = 71) et des hommes sans cancer (N = 166) et indiquent que 40% des hommes disent souffrir d'incontinence. Fowler et al. (1996) montrent que 38% des hommes traités par radiothérapie souffrent d'incontinence et 86% suite à une prostatectomie. De plus, les hommes traités par prostatectomie ont plus de séquelles urinaires que les hommes traités par radiothérapie. Les hommes traités par prostatectomie radicale ont uniformément signalé plus de problèmes urinaires (fuite, ou non contrôle de la fonction urinaire) que les hommes traités par

radiothérapie (Fowler et al., 1996 ; Lim et al., 1995 ; Shrader-Bogen et al., 1997 ; Tefilli et al., 1998 ; Yarbro et al., 1998).

Les études longitudinales ont permis de clarifier l'évolution du dysfonctionnement urinaire. Les résultats indiquent un déclin de la fonction urinaire au cours des mois qui suivent la prostatectomie radicale, et qu'elle s'améliore 1 an après le traitement (Lubeck et al., 1999 ; Potosky et al., 2000) avec, toutefois, des difficultés plus importantes chez les hommes les plus âgés (Stanford et al., 2000). Les résultats de Litwin et al. (1999) montrent que 61% des hommes traités par prostatectomie radicale recouvrent leur fonction urinaire 1 an après le traitement. Cependant, il faut préciser que l'échantillon d'étude de Litwin et al. (1999) comprend des hommes plus jeunes qui ont donc pu se remettre plus facilement de l'intervention et des symptômes associés.

L'incontinence n'est pas seulement un symptôme handicapant sur la vie quotidienne, elle a également des répercussions sur le bien-être des patients. Ko et al. (2005) ont montré que sur 1013 patients ayant eu une prostatectomie radicale, 65,6% d'entre eux souffrent d'incontinence et que cela a un impact sur leur qualité de vie. Braslis et al. (1994) ont réalisé une recherche sur 51 patients qui ont eu une prostatectomie radicale dans les 12 mois précédant l'étude. 39% des patients ont déclaré avoir eu un problème d'incontinence et les auteurs indiquent qu'il y a une corrélation inverse entre l'incontinence et le bien-être physique et psychologique du patient, puisque la confusion, la dépression et une colère accrue sont associées à l'incontinence. Selon Kirschner et al. (2002), il s'avère que la perception générale du bien-être et l'activité quotidienne sont négativement influencées non seulement par l'incontinence urinaire mais aussi par la sévérité du symptôme. Cependant, selon Litwin et al., (1999), 90% des patients reviennent à leur niveau initial de qualité de vie (perception de la santé générale, qualité de vie physique et sociale) dans les 5 mois qui suivent l'opération.

#### - Les troubles sexuels

Similairement aux troubles urinaires, les patients traités pour un cancer de la prostate rapportent plus de troubles sexuels que les personnes du même âge sans cancer (Helgason et al., 1996). Les hommes diagnostiqués pour un cancer localisé de la prostate, qu'ils soient traités ou non, ont plus de risques de développer une impuissance physiologique que les hommes de même âge sans cancer (Helgason et al., 1996, 1997). Litwin et al. (1995) ont également trouvé que la fonction sexuelle est meilleure chez des hommes en bonne santé plus âgés que chez des hommes en attente thérapeutique pour un cancer localisé de la prostate (moyenne de la différence d'âge = 5.7 ans). Les études antérieures indiquent que

les problèmes dans la fonction sexuelle se développent tôt chez les hommes avec un cancer localisé de la prostate (qu'ils soient traités ou non), et qu'ils ne se résorbent pas aussi rapidement que les problèmes urinaires (Lubeck et al., 1999 ; Potosky et al., 2000 ; Stanford et al., 2000). De plus, les hommes les plus âgés (75-79 ans) ont plus de difficultés à recouvrer une fonction sexuelle identique à celle d'avant le traitement, que les patients plus jeunes (< 60 ans) (Stanford et al., 2000). Selon Kirschner et al. (2002), l'âge est un facteur important du dysfonctionnement érectile (Tableau 2).

	Fonction érectile altérée	
	50-59 ans	60-69 ans
Désir sexuel	32%	46%
Erection	65%	75%
Orgasme	48%	65%

**Tableau 2 : Altération de la fonction érectile chez les hommes (N = 137) atteints d'un cancer de la prostate en fonction de leur âge, selon Kirschner et al. (2002)**

Le déclin de la fonction sexuelle est aussi aggravé par les traitements. Stanford et al. (2000) montrent que 72,7% des hommes interrogés (N = 1291) n'avaient pas de troubles de la fonction sexuelle avant la chirurgie et, 18 mois après, seulement 27,6% d'entre eux estimaient avoir une fonction sexuelle suffisante pour avoir des rapports. Litwin et al. (1999) ont également remarqué que seulement 31% des hommes traités par prostatectomie récupèrent une fonction sexuelle identique à celle d'avant le traitement, dans l'année qui suit le traitement. Helgason et al. (1997) ont constaté que parmi les hommes récemment diagnostiqués pour un cancer de la prostate (dans un délai d'un an), 86% de ceux traités par prostatectomie souffrent de troubles érectiles contre 53% chez ceux traité par radiothérapie et 57% chez ceux en attente thérapeutique. Korfage et al., (2005) montrent également que, parmi les hommes ayant eu une prostatectomie (N = 127), 88 % ont des troubles érectiles contre 64 % chez les hommes ayant eu une radiothérapie (N = 147). Il en est de même pour les hommes traités par hormonothérapie (N = 16) qui relatent plus de troubles sexuels que les patients en attente thérapeutique (N = 19) (Herr et al., 1993). D'une façon générale, il semble que la fonction sexuelle soit plus altérée chez les hommes traités par prostatectomie (N = 1156) que chez les hommes traités par radiothérapie (N = 435) (Potosky et al., 2000).

Il apparait également que les troubles érectiles sont en relation avec la détresse émotionnelle et la qualité de vie générale. En effet, Clark et al. (1999) montrent une relation entre le dysfonctionnement érectile un an après le traitement et l'altération de la qualité de vie générale. Il existe également un lien entre dysfonctionnement érectile et

dysfonctionnement urinaire qui peut embarrasser le patient l'obligeant à se retirer de l'activité sexuelle (Kirschner et al., 2002).

Pour faire face à cette impuissance, une nouvelle technique chirurgicale, qui consiste à préserver les nerfs érectiles, est mise en place. Actuellement, il est difficile de savoir si cette technique contribue réellement à palier les dysfonctionnements érectiles car très peu d'étude ont été réalisées. Cependant, Kirschner et al., (2002) indiquent que 65,6% des hommes ayant eu une prostatectomie traditionnelle relatent des troubles érectiles contre 56% pour ceux ayant eu une prostatectomie avec conservation du nerf érectile. Une autre issue prometteuse est l'utilisation d'aide érectile (implants, drogues ou dispositifs de vide). Perez et al. (1997) ont constaté que les hommes qui ont eu une prostatectomie, et qui utilisent de telles aides, ont une fonction érectile, une fréquence des contacts et une satisfaction sexuelle qui ne diffèrent pas des hommes en attente de chirurgie. Cependant, Shrader-Bogen et al. (1997) ne trouvent aucun avantage à l'utilisation de telles aides 1 à 5 ans après le traitement.

#### - L'incontinence fécale

L'incontinence fécale est la perte de la commande du sphincter anal, menant au dégagement non désiré de matière fécale ou de gaz, et l'incapacité de contrôler ce dysfonctionnement jusqu'à ce qu'un dégagement soit possible à un moment et un endroit socialement acceptés (Fleshman, 1993). Il apparaît que l'incontinence anale est présente chez 4% des personnes âgées de 60 à 70 ans. Par conséquent, le vieillissement peut être un facteur de risque important (Nelson et al., 1995 ; O'Keefe et al., 1992). Cependant, elle semble aussi être une conséquence du cancer de la prostate et de son traitement. L'étude de Kirschner et al. (2002) montrent que l'incontinence fécale est présente chez les patients (N = 137) en période pré-opératoire (3% d'incontinence sévère et 49% d'incontinence légère). Helgason et al. (1996) ont fait une étude comparative entre des hommes sans cancer (N = 435) et des hommes avec cancer (N = 431), de même âge. Respectivement, 4 et 8% d'entre eux souffrent d'incontinence fécale. Chez les hommes atteints de cancer, 10% de ceux traités par prostatectomie ont des fuites et urgences fécales, pourcentage qui ne diffère pas de celui observé chez les patients traités par hormonothérapie. Seulement 1% des patients avec cancer ont été sévèrement affligés par l'incontinence fécale. Potosky et al. (2000) observent que 9,2% des patients (N = 435) souffrent de douleurs anales, 14,5% d'urgence fécale et 14,2% d'incontinence fécale légère. Selon Litwin et al. (1999), la fonction fécale s'altère très vite après la prostatectomie, son rétablissement nécessitant 12 mois ou plus. Les problèmes fécaux se posent majoritairement après le traitement, particulièrement après la radiothérapie. Les problèmes tels que l'augmentation accrue de la fréquence du

besoin fécal, les diarrhées et les saignements sont plus rapportés chez les hommes traités par radiothérapie que par les hommes traités par prostatectomie (Fowler et al., 1996 ; Lim et al., 1995 ; Shrader- Bogen et al., 1997 ; Yarbrow et Ferrans, 1998). Shrader-Bogen et al. (1997) ont observé que 34% des hommes traités par radiothérapie (N = 142), et 15% des hommes traités par prostatectomie (N = 132) éprouvent l'urgence fécale au moins une fois par semaine. Ces troubles se résolvent rapidement puisqu'ils disparaissent en quasi-totalité dans l'année qui suit la fin du traitement (Litwin et al., 1999 ; Lubeck et al., 1999), même si Bacon et al.(2001) observent de légers troubles 5 ans après la fin du traitement. Il est important de noter que l'incontinence fécale a un impact significatif sur la confiance en soi, l'image personnelle et la vie sociale (Nelson et al., 1995).

#### **4. Qualité de vie des conjoints de patients atteints d'un cancer**

##### **a) Impact du cancer**

Il est généralement accepté que l'expérience d'une maladie représentant une menace vitale comme le cancer est associée à un stress important chez les patients (Jacobsen et al., 1991 ; Cassileth et al., 1992, Cleary et al., 1995). Cependant, le cancer et la façon dont il est expérimenté, ne sont pas limités au patient mais ont aussi des effets sur le conjoint. Le cancer peut provoquer une rupture importante (dans la vie quotidienne et au sein de la famille et de l'entourage) chez le patient et le conjoint et peut produire, chez certains, un ensemble de nouveaux défis autant pour l'un que pour l'autre (Sabo, 1990 ; Lewis, 1990). La vie quotidienne est altérée, patient et conjoint devant lutter pour s'ajuster et répondre aux demandes de cette menace (Northouse et al., 1993). Les études antérieures suggèrent que l'expérience du cancer favorise l'apparition de l'anxiété et la dépression, diminue la santé physique et restreint l'activité quotidienne et les relations conjugales chez les conjoints (Sales, 1991 ; Ell et al., 1988 ; Northouse, 1988 ; Oberts et al., 1989 ; Toseland et al., 1995). L'étude de Wellisch et al., (1978) rapporte également que 40% des conjoints, de femmes mastectomisées (N = 31), souffrent de troubles du sommeil et 33,4% de troubles de l'appétit. Cette étude identifie également un lien entre cancer et sexualité. Dans son échantillon, 59,9% des conjoints étaient satisfaits du fonctionnement sexuel de leur femme avant la mastectomie, et ne sont plus que 37,9% à toujours l'être après l'intervention. La détresse des conjoints, face à la maladie de leur époux/partenaire, affecte leur qualité de vie (Weitzner et al., 1999), souvent de façon plus importante que chez le patient lui-même (Baider et al., 1988, 1989 ; Kornblith et al., 1994) et de façon durable (Ell et al., 1988). Les résultats de l'étude d'Ell et al. (1988) suggèrent que les conjoints (N = 143) présentent des troubles psychologiques et une altération de la qualité de vie physique un an après le diagnostic. La période entre 1 et 3 mois après l'hospitalisation apparaît cependant comme étant la plus critique, car les conjoints rapportent fréquemment des inquiétudes quant à la

manière de gérer la situation et vis-à-vis de leur propre santé (McCorkle et al., 1989). Les demandes d'assistance et les symptômes du patient peuvent mener le conjoint à une détresse émotionnelle et une souffrance importante (Hinds, 1992 ; Given et al., 1993 ; Sales et al., 1992). De plus, fournir un appui émotionnel au patient est une des tâches les plus difficiles pour le conjoint (Given et al., 1993 ; Carey et al., 1991) qui éprouve des sentiments de désespoir, de confusion et de colère (Northouse et al., 1991).

### b) Impact du cancer de la prostate

Actuellement très peu d'étude se sont intéressées à la qualité de vie des conjointes de patients atteints d'un cancer de la prostate. L'étude de Kornblith et al. (1994) a été la première à évaluer la qualité de vie des conjointes (N = 83) en la mesurant à l'aide du questionnaire de l'EORTC (QLQC-30 de Aaronson et al., 1987, 1993). Les auteurs indiquent que l'altération de la qualité de vie des conjointes, durant le traitement des patients, est importante et qu'elle se situe aussi bien au niveau fonctionnel qu'émotionnel (Tableau 3).

Symptômes	% de conjointes
Problème sexuel	
Diminution du plaisir sexuel	49
Diminution de l'intérêt sexuel	41
Fatigue/Malaise	
Fatiguée	56
Besoin de se reposer	33
Manque d'énergie	18
Pas physiquement bien	12
Se sentent malade	16
Problèmes psychologiques	
Inquiète	56
Dépressive	25
Tendue	35
Irritable	21
Seule	19
Autres problèmes	
Troubles du sommeil	37
Manque d'appétit	8

**Tableau 3 : Altération de la qualité de vie des conjointes (N = 83) selon Kornblith et al. (1994)**

Des études plus récentes montrent que les conjointes sont plus inquiètes que les patients surtout au sujet de la douleur et des limitations physiques dues au traitement (Cliff et al., 2000). L'altération de la qualité de vie semble être en relation avec la sensation de fardeau<sup>9</sup>, associée au rôle d'aidant, qui se manifeste par le soutien qu'elles apportent au

<sup>9</sup> Le fardeau correspond à l'ensemble des conséquences physiques, psychologiques, émotionnelles, sociales et financières supportées par les aidants. La notion de fardeau comporte une composante objective, qui correspond à la fonction de l'aidant, comme la réalisation des tâches quotidiennes, le temps consacré à l'aider et le manque de temps pour les autres sphères de sa

patient lorsqu'il vit les effets psychologiques et physiques du diagnostic et des traitements (Buttler et al., 2000). Cette altération de la qualité de vie peut aussi s'expliquer par les difficultés à faire face à la maladie de leur époux/partenaires, par les difficultés induites par leurs nouvelles tâches et leurs nouveaux rôles, et par le sentiment d'être tiraillées entre leur propre souffrance et leur désir d'alléger la souffrance du patient. Ceci a été observé chez les époux/partenaires de femmes atteintes d'un cancer du sein (Foy et Rose, 2001 ; Woloski-Wruble, 2002) mais jamais, à notre connaissance, chez les épouses/partenaires d'hommes atteints d'un cancer de la prostate.

Il semble également que la satisfaction sexuelle ait un impact sur la qualité de vie des conjointes. Perez et al. (2002) examinent la fonction sexuelle et la qualité de vie chez les conjointes de patients ayant eu une prostatectomie et trouvent qu'une estimation positive des conjointes, de leur satisfaction sexuelle, prédit leur qualité de vie satisfaisante.

Enfin, il existe une relation entre la qualité de vie des patients et celles des conjointes : quand celle des patients se détériore, celle des conjointes s'altère également (Kornblith et al., 1994). Cependant, nos résultats préliminaires indiquent que, même si les conjointes présentent une qualité de vie mentale inférieure à la population générale au début du traitement, elle tend à s'améliorer au cours du traitement, ce qui peut s'expliquer par l'atténuation de la sensation de fardeau (Lafaye et al., 2007).

La qualité de vie chez les patients atteints d'un cancer de la prostate est fortement altérée par les effets secondaires causés par le traitement. Celle des conjointes est elle aussi altérée par ces effets secondaires mais aussi par leurs conséquences sur leur vie quotidienne. Néanmoins, le cancer ne se limite pas à l'altération de la qualité de vie, il a d'importantes répercussions sur l'état émotionnel et représente un facteur important dans l'apparition de troubles anxieux et/ou dépressifs.

## **B. L'état émotionnel**

L'anxiété et la dépression sont deux symptômes fréquemment identifiés chez les personnes atteintes de cancer et auxquelles nous nous sommes intéressées au cours de cette étude. Dans un premier temps, nous définirons ces deux concepts puis nous observerons, à travers la littérature, l'importance de ces troubles psychologiques chez les patients atteints de cancer mais aussi chez leur conjoint.

---

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 (Zarit et al., 1986)

## 1. L'anxiété

### a) Emergence du concept

En 1871, Freud parlait de névrose d'angoisse dont l'une des manifestations était l'attaque d'angoisse. Selon lui, le mécanisme de la névrose d'angoisse est à rechercher dans la dérivation de l'excitation sexuelle somatique à distance du psychisme et dans une utilisation anormale de cette excitation qui en est la conséquence. Puis, en 1915, il est le premier à définir les bases psychologiques de l'anxiété dans son approche psychodynamique. Il observe trois sortes d'anxiétés différentes : l'inquiétude générale, la peur reliée à un objet et les symptômes dus à l'anxiété.

Pour Freud, il y a anxiété quand les mécanismes de défense ne bloquent plus les conflits enterrés. Il existe donc la névrose d'angoisse (anxiété générale et troubles paniques), la névrose phobique (agoraphobie, phobies spécifiques et sociales) et la névrose obsessionnelle (T.O.C<sup>10</sup>). Selon Janet (1889), il s'agit d'une peur sans objet, d'un sentiment d'attente, de crainte d'un danger mal défini.

Dans l'approche cognitivo-comportementale, l'anxiété est une réponse émotionnelle apprise, entretenue et déclenchée face à certains stimuli environnementaux, une évaluation de la situation menaçante et de ses propres ressources jugées comme insuffisantes. En 1976, Borkovek parle d'anxiété cognitive qui peut être opérationnalisée en termes de pensées négatives, d'images négatives, de saute d'attention et de baisse de concentration.

Dans un même temps, Spielberger (1983) différencie :

- l'anxiété trait qui est « une disposition comportementale acquise qui prédispose un individu à percevoir une grande variété de circonstances, objectivement non dangereuses, comme menaçantes et a y répondre par des réactions d'anxiété disproportionnelles par rapport à l'ampleur du danger objectif »,

- l'anxiété état qui est « un état émotionnel caractérisé par un sentiment subjectif d'appréhension perçue consciemment et accompagnée ou associée avec une activation ou une augmentation de la vigilance du système nerveux autonome »

Enfin en 1992, Gould et Krane indiquent que « l'anxiété est considérée comme l'impact émotionnel ou la dimension cognitive du stress » et qu'il s'agit d'une « réaction émotionnelle généralement déplaisante qui accompagne le stress ».

---

<sup>10</sup> T.O.C : Trouble Obsessionnel Compulsif

## **b) Définition**

Depuis l'apparition du concept d'anxiété, beaucoup d'auteurs l'ont défini en faisant référence à leur propre champ théorique. La définition proposée par Guelfi (1993) nous semble être celle qui est le plus en accord avec le champ théorique de la psychologie de la santé, qui s'intéresse plus aux symptômes anxieux qu'à la pathologie anxieuse proprement dite, que l'on retrouve en psychiatrie ou en psychopathologie.

Selon Guelfi (1993), « L'anxiété normale ou pathologique est un 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 ».

L'anxiété est un état de tension interne, dont l'expression subjective est à la base de peurs, de craintes, d'appréhensions. C'est une réaction d'alerte physiologique et vitale de l'organisme face à la menace. Elle peut représenter un phénomène émotionnel pathologique et invalidant. C'est un vécu interne de danger imminent qui s'accompagne systématiquement de signes somatiques d'hyperactivité du système nerveux autonome. Dans l'anxiété, les facteurs de déclenchement sont mal différenciés, difficiles à identifier et à exprimer. L'appréhension concerne une situation construite en partie sur des éléments réels, mais aussi à partir d'une reconstruction mentale où le sujet a effectué une sélection préférentielle des indices de danger et a laissé de côté les signaux de sécurité. Un objet, une situation peuvent faire surgir automatiquement un état d'anxiété démesuré. Cet état permanent de peur, de crainte et d'insécurité va perturber l'activité du sujet qui pourra être contraint à répéter des pensées, des comportements. Le sujet anxieux vit un sentiment d'insécurité, de désarroi, qui peut l'amener à douter de ses capacités, à les sous-estimer et à manquer de confiance en lui. Les principales caractéristiques de la pensée du sujet anxieux sont la menace physique ou psychologique, la vulnérabilité, la perte de contrôle. Les altérations pathologiques des processus cognitifs sont la conséquence de ces représentations anxieuses. Elles se manifestent par une propension à traiter les événements menaçants, des inférences arbitraires, une maximalisation des dangers, une minimalisation des situations sécurisantes et une personnalisation des stimuli externes en lien avec la vulnérabilité.

L'anxiété se caractérise, selon Ferreri et al. (2001) par :

- un versant physique : tension musculaire, inhibition motrice,
- un versant neurovégétatif : palpitations, tachycardie, sensation de vertige, d'étourdissement, bouffées de chaleur, de froid, sudation, rougeur ou pâleur, nausées, boule dans l'estomac, diarrhées, problèmes digestifs, besoin d'uriner,
- un versant comportemental : activation ou inhibition comportementale (right or flight symptom),
- un versant cognitif : détournement des processus de traitement de l'information à la faveur des messages menaçants (pensées, attention, réflexion, élaboration, prise de décision...),
- un versant émotionnel : peur, crainte, appréhension, anticipation d'un danger, sentiment de vulnérabilité.

Les symptômes sont inadaptés quantitativement (intensité ou répétition des symptômes, troubles de l'adaptation), qualitativement (déclenchement anormal d'une réaction anxieuse en dehors d'une situation dangereuse, déclenchement spontané) ou les deux à la fois.

### **c) Epidémiologie**

Dans la population générale, la prévalence de l'anxiété à six mois est de 9%, avec une prédominance féminine (deux tiers) ; la prévalence sur la vie est de 20 à 25 % avec une prédominance féminine, 12% chez les hommes et 22% chez les femmes (Lépine et al. 1993). Il est à noter que la prévalence diffère en fonction du trouble anxieux. En effet, pour le trouble panique<sup>11</sup>, la prévalence sur la vie est de 3 à 3,5%, et de 2 à 2,5% à six mois et un an (Lépine et al. 1993) ; pour les phobies spécifiques<sup>12</sup>, la prévalence vie entière est de 9 à 11%, 10,5% chez les hommes et de 23,2% chez les femmes (Lépine et al. 1993) ; pour les phobies sociales<sup>13</sup>, la prévalence ponctuelle est de 1,2 à 2,2% sur la vie, 2,1% pour les hommes et 5,4 pour les femmes (Lépine et al. 1993), et pour les T.O.C.<sup>14</sup>, la prévalence ponctuelle sur six mois oscille entre 0,7 et 2,2% sans aucune différence entre les hommes et les femmes (Myers et al., 1984).

---

<sup>11</sup> Selon le DSM IV, le trouble panique correspond à une période, bien délimitée dans le temps, avec crainte ou malaise intense.

<sup>12</sup> Selon le DSM IV, la phobie spécifique est une peur irraisonnée et obsédante relative à certains objets ou à certaines situations.

<sup>13</sup> Selon le DSM IV, la phobie sociale est une peur persistante et intense d'une ou de plusieurs situations sociales ou de performances qui peuvent exposer la personne à l'observation attentive d'autrui.

<sup>14</sup> Selon le DSM IV, les troubles obsessionnels compulsifs (T. O. C.) sont une association d'idées obsédantes et d'actes répétés.

## **2. La dépression**

### **a) Emergence du concept**

La notion de maladie dépressive n'apparaît que tardivement dans la terminologie psychiatrique. Avant le milieu du XIX siècle, le terme de dépression caractérisait certains traits symptomatologiques, tandis que celui de mélancolie se rapportait à une maladie (Beauchesne, 1993).

Au cours du XX siècle, la dépression acquiert le statut d'une entité nosologique. Les modèles comportementaux de la dépression analysent les mécanismes dépressifs dans une perspective behavioriste qui conçoit la dépression comme un comportement inadapté résultant d'un apprentissage et pouvant donc être modifié comme tout autre comportement.

Le modèle de Lewinsohn (Lewinsohn 1969 a, b ; Lewinsohn 1971 a, b ; Lewinsohn 1974 a, b ; Lewinsohn 1980 a, b, c) repose sur les paradigmes du conditionnement opérant et de l'apprentissage social, et met l'accent sur la diminution des renforcements positifs dans le développement et le maintien de la dépression. La diminution des renforcements positifs dépend de facteurs externes (l'environnement est objectivement appauvri : perte d'objet, situations de séparation) et de facteurs internes (le répertoire comportemental du sujet est restreint ce qui ne lui permet plus d'accéder à des renforcements potentiels : incompetence sociale).

Le modèle de Seligman de l'impuissance apprise (1975) montre que l'organisme apprend les contingences existantes entre des réponses instrumentales et les conséquences de ces réponses. Quand le renforcement est identique en présence ou en l'absence de réponses, l'organisme réalisant que réponses et renforcements sont indépendants, conclut qu'il n'y a pas de contrôle sur les conséquences, d'où la passivité (déficit motivationnel), le pessimisme (trouble cognitif) et l'atteinte thymique (changement émotionnel).

Rehm (1977) développe une théorie de l'autocontrôle dans la dépression et considère que les capacités d'autocontrôle chez les sujets déprimés sont perturbées. Chez les sujets déprimés, les autoévaluations de soi-même sont privilégiées et négatives; l'auto-observation prend en compte les résultats immédiats et non les résultats à long terme; l'autopunition est élevée et l'auto-renforcement est faible (les renforcements sont diminués du fait de la disparition des activités agréables). L'agent causal de la dépression serait un déficit cognitif au niveau des attentes de résultats et au niveau d'une baisse d'estime de soi.

Ellis (1962 et 1977) développe la «Thérapie Rationnelle Émotive» et Beck (1967 et 1976) introduit le paradigme du traitement de l'information et propose la thérapie cognitive de la dépression. La dépression est conçue comme un désordre de la pensée et résultant d'une

perturbation des processus cognitifs. La perturbation émotionnelle résulte de la distorsion de la pensée, et les symptômes dépressifs de l'activation de schémas cognitifs psychologiques internes.

En 1990, Young regroupe les différents schémas en 4 classes :

- autonomie-dépendance : une personne ne peut fonctionner seule ;
- ne pas pouvoir donner l'affection ou l'attention adéquate ;
- sentiment de déficience : le sujet pense ne pas pouvoir être aimé des autres ;
- exigences vis-à-vis de ses propres comportements, ce qui entraîne l'insatisfaction et le sentiment de ne pas être parfait.

Les différents modèles présentés, permettent de mettre à jour la complexité du concept de dépression. Toutefois, le modèle présenté par Young (1990) nous semble le plus pertinent car regroupe les points forts des modèles précédents tout en se concentrant sur le sujet et les interactions qu'il a avec le monde extérieur.

## **b) Définition**

Parmi les nombreuses définitions de la dépression, nous avons choisi de retenir celle de Jean Delay (1946), bien qu'ancienne, pour sa simplicité de compréhension mais aussi parce qu'elle montre bien que la dépression n'est pas statique mais qu'elle évolue au cours du temps et en fonction de ce que nous sommes. Selon Delay (1946) « L'humeur thymie est une disposition affective de base qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur ».

Dans la dépression, l'état thymique a perdu sa capacité de modulation. C'est un état qui se maintient dans le sens de la tristesse, de la douleur morale, avec des perceptions d'impuissance globale, de fatalité, d'indignité, d'auto-dépréciation pouvant aller jusqu'au suicide. Le ralentissement psychomoteur traduit une perte de l'élan vital, d'intérêt et de plaisir pour presque toutes les activités. Cette situation d'« attente sans savoir quoi » crée un état d'anxiété, de tension interne qui peut se traduire par de l'irritation, de l'agitation, des sursauts, et parfois des passages à l'acte hétéro-agressifs ou suicidaires (Baune et Reveillere, 1996).

La dépression se caractérise par deux éléments :

- la perte de l'état vital avec un ralentissement psychomoteur,
- l'humeur dépressive avec l'insatisfaction, la dévalorisation, l'autodépréciation, la culpabilité et une forte douleur morale.

Les symptômes somatiques se traduisent par l'asthénie, l'amaigrissement, des douleurs, des insomnies ou hypersomnies. Elle s'accompagne aussi d'anxiété, d'irritabilité, de délires mélancoliques et parfois conduit au suicide.

Le trouble dépressif majeur se caractérise essentiellement par une évolution clinique consistant en un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs. Selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, 2003), la dépression n'est présente que si la personne présente au moins cinq symptômes parmi les neuf du critère A et que la durée soit au moins de deux semaines. A la différence du DSM-IV, les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 (OMS, 1992) comprennent dix items (la perte de l'estime de soi est différenciée de la culpabilité inappropriée). La CIM-10 propose une série de critères indépendants pour chaque degré de sévérité d'un épisode dépressif majeur : le seuil pour l'épisode léger est de 4 symptômes sur 10, de 6 symptômes sur 10 pour l'épisode moyen et de 8 symptômes sur 10 pour l'épisode sévère.

### **c) Epidémiologie**

Les troubles thymiques comptent parmi les troubles mentaux les plus fréquents. Ils se situent au troisième rang après les troubles phobiques et l'abus ou la dépendance alcoolique, d'après l'enquête ECA (Epidemiologic Catchment Area, 1986). La prévalence sur la vie entière varie entre 10% (Kovess et al., 1993) et 17 % (Kessler et al., 1994). En France, Rouillon (1989) indique une prévalence à un an de 3,4% chez les hommes et de 6 % chez les femmes.

L'anxiété et la dépression sont deux concepts indépendants l'un de l'autre. Toutefois, il semble qu'au niveau clinique, la frontière entre l'anxiété et la dépression ne soit pas si aisée qu'il y paraît au niveau théorique.

### **3. Lien entre anxiété et dépression**

Dans les modèles classiques, une distinction bien précise est faite entre l'anxiété et la dépression (Tableau 4). Cependant, il existe des troubles aux contours imprécis qui appartiennent à ces deux pathologies. On observe que la symptomatologie anxieuse peut apparaître dans les états dépressifs et que des symptômes dépressifs peuvent survenir dans les états anxieux.

ANXIETE	DEPRESSION
La tristesse est instable: elle cède quand l'anxiété disparaît	La tristesse est durable
Effet favorable de la relation et du contact interpersonnel	Effet indifférent, parfois pénible (appauvrissement relationnel)
Demandes et attentes de soulagement	Demandes et attentes réduites ou absentes
Participation importante du corps à la symptomatologie	Participation secondaire
Maintien de l'estime de soi, l'anxiété apparaissant comme une contrainte	Dévalorisation

**Tableau 4 : Lien entre anxiété et dépression selon Ferreri et al. (2001)**

Deux courants distincts se sont affrontés quant à la relation entre l'anxiété et la dépression :

- le courant uniciste qui considère que l'anxiété et la dépression sont des troubles de même nature, qui évoluent en continuité et qui ne diffèrent que par le moment évolutif et la différence d'intensité.
- le courant dualiste qui apprécie l'anxiété et la dépression comme des troubles de nature distincte qui sont donc qualitativement différents, discontinus et associés dans le cadre d'une comorbidité.

Actuellement, c'est le courant dualiste qui est retenu car il permet une différenciation précise de ces concepts tout en accordant une place importante à l'implication de l'évolution de l'un dans l'évolution de l'autre. C'est également ce courant qui retient notre attention car il est en adéquation avec le champ de la psychologie de la santé qui évoque les liens possibles entre les troubles anxieux et les troubles dépressifs.

#### **4. Anxiété, dépression chez les patients atteints d'un cancer**

##### **a) Anxiété**

L'anxiété est une réponse fréquente face à une menace qui peut être adaptative ou devenir pathologique à certains niveaux ou dans certaines circonstances. Même si les critères diagnostiques de l'anxiété sont bien définis, ces critères sont difficiles à appliquer aux patients atteints de cancer étant donné que la menace du cancer est bien réelle et que la symptomatologie anxieuse peut se confondre avec certains symptômes liés au traitement (fatigue, perte d'appétit ...). Le cancer, que l'on peut qualifier d'incertain et de dangereux, est un terrain fertile à l'apparition de l'anxiété sous plusieurs formes et intensités différentes

(anxiété comorbide<sup>15</sup>, anxiété réactionnelle<sup>16</sup>). Il est donc difficile d'identifier la nature et la sévérité de l'anxiété, de même que la relation entre cancer et anxiété.

Holland (1989) estime qu'il est normal d'avoir un niveau d'anxiété élevé durant une période de 7 à 10 jours après l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Pour Stark et House (2000), il est habituel que les patients aient des pensées de mort récurrentes après l'annonce du diagnostic ou de la rechute, mais elles sont anormales au cours de la rémission. Ils estiment également qu'il est important de préciser que le degré de la menace varie en fonction de l'histoire du cancer (évolution du cancer, rechute, cas de cancer familiaux). La notion d'anxiété est donc difficile à définir en oncologie où il est nécessaire de prendre en compte à la fois l'histoire de l'anxiété (origine, facteur déclencheur, moment d'apparition, intensité) et l'histoire du cancer. Nordin et Glimelius (1999), montrent que l'anxiété persistante peut être identifiée très tôt après le diagnostic. Selon eux, une anxiété qui persiste pendant trois semaines après la consultation de diagnostic prédit un niveau élevé d'anxiété six mois après. De plus, la prévalence des troubles anxieux après le diagnostic de cancer diminue dans les années qui suivent (Fallowfield, 1994), sans pour autant revenir au niveau de la population générale, même après un traitement curatif (Loge et al., 1997). Ceci est en accord avec l'étude de Wells et al. (1988), qui indique que l'anxiété pathologique est une affection commune chez les patients atteints de cancer.

Bennett et Badger (2005) ont établi une revue de la littérature sur les troubles anxio-dépressifs présents chez les patients atteints d'un cancer et indiquent que 48% des patients cancéreux, tous cancers confondus, souffrent d'anxiété. D'autres études ont montré que 51% des personnes atteintes d'un cancer souffrent de détresse psychologique. Plus précisément, de 10 à 20% sont anxieuses avant le traitement et de 21 à 54% pendant et après le traitement. Certaines développent des troubles de l'adaptation (28,3%), une agoraphobie (15%), un trouble anxieux généralisé (9%), un trouble panique (6%), un S.S.P.T<sup>17</sup> (5%), des phobies spécifiques (2,3%), des T.O.C<sup>18</sup> (1,1%) ou des troubles de la personnalité (1,1%) (Manzanera et al., 2003 ; Stiegelis et al., 2004 ; Fritzscher et al., 2005).

D'après la méta-analyse de Van't Spijker et al. (1997), la symptomatologie anxieuse se manifeste chez 12 à 42% des sujets au moment du traitement, et de 2 à 49% un an après le traitement (Tableau 5). Ces variations importantes s'expliquent par la localisation du

---

<sup>15</sup> L'anxiété comorbide fait référence à la coexistence temporelle de l'anxiété et d'un autre trouble psychiatrique, qui est souvent la dépression, mais pas systématiquement (DSM IV).

<sup>16</sup> L'anxiété réactionnelle, également appelée trouble de l'adaptation, survient dans le mois qui suit un événement stressant. Elle est donc limitée dans le temps et disparaît par définition en même temps que l'origine de l'anxiété (DSM IV).

<sup>17</sup> S.S.P.T : Syndrome de Stress Post-traumatique

<sup>18</sup> T.O.C : Trouble Obsessionnel Compulsif

cancer et par les méthodes différentes d'évaluation de l'anxiété. Certaines études ont évalué l'anxiété par le biais d'un entretien et d'autres en utilisant un auto-questionnaire. L'entretien permet de recueillir le discours du patient mais nécessite, de la part du professionnel qui dirige l'entretien, une conduite similaire pour chaque entretien, ce qui induit une part de subjectivité, étant donné qu'il ne peut y avoir deux entretiens identiques. Les auto-questionnaires sont beaucoup plus rapides de passation et identiques pour chaque personne, mais n'évitent par une minimalisation ou une maximisation du trouble évalué, de la part du patient. De plus, il existe beaucoup d'auto-questionnaires évaluant le même trouble, qui possèdent des items différents et qui sont plus ou moins stricts dans leur mesure.

Auteurs	Nombre de sujets	Méthode d'évaluation <sup>(a)</sup>	Anxiété %
<b>Cancer du sein</b>			
Bullman	54	HAD	
Chirurgie			17
Radiothérapie			12
Fallowfield et al	101	Interview	
Mastectomie			26
Tumorectomie			31
Fallowfield et al	269	HAD	
Mastectomie			
2 semaines			42
3 mois			32
12 mois			28
Tumorectomie			
2 semaines			37
3 mois			31
12 mois			27
Hopwood et al	214	HAD, RSCL	
Début traitement			9
3 mois			14
Hughson	132	GHQ-60	
1 mois			15
3 mois			8
13 mois			2
18 mois			5
24 mois			2
Maraste et al	133	HAD	14
Omne-Ponten	99	Maguire rating scale	
Mastectomie			
4 mois			45
13 mois			49
Tumorectomie			
4 mois			40
13 mois			43
Pinder et al	139	HAD	13
<b>Tête et cou</b>			
Davies et al	75	Leeds scales, GHQ	40
Espie et al	41	HAD, GHQ	17
<b>Maladie de Hodgkin et lymphome non Hodgkinien</b>			
Devlen et al	90	PSE	12
Devlen et al	150	PSE	
3 mois			13,3
6 mois			2,5
9 mois			1,7
12 mois			0,9
<b>Cancer rectal</b>			
McDonald	420	Leeds Scales	26
<b>Sites hétérogènes de tumeurs</b>			
Derogatis et al	215	Interview	2
Jenkins et al	31	HAD	33

<sup>(a)</sup> GHQ : General Health Questionnaire ; HAD : Anxiety and depression scale ; PSE : Present State Examination ; RSCL : Rotterdam Symptom Checklist

**Tableau 5 : Pourcentages de troubles anxieux présents chez les patients atteints de cancer, selon Van't Spijker et al. (1997).**

La totalité du parcours qu'impose le cancer est pour le patient une source importante d'anxiété. Ainsi, on peut relever l'anxiété liée à l'attente du diagnostic (Holland, 1998) ou du résultat de la biopsie (Wirshing, 1985), l'anxiété liée à l'observance (Heller, 2003), aux effets secondaires (Sachs, 1997) ou à la fin du traitement quand le patient se retrouve livré à lui-même avec un sentiment d'être abandonné par le personnel soignant, et l'anxiété liée à la rechute ou la récurrence pendant la période de rémission (syndrome de Damoclès<sup>19</sup> défini par Koocher et O'Malley 1981.). Ainsi, les craintes les plus couramment associées au cancer sont celles de la mort, de l'incertitude, celles de la douleur, de perdre le contrôle ou d'être abandonné. Il y a des appréhensions plus spécifiques selon les types de cancer ou les traitements subis. En effet, certains cancers, comme les cancers O.R.L.<sup>20</sup>, qui entraînent des changements physiques visibles (laryngotomie par exemple), ou certains traitements, comme la chimiothérapie qui induit des effets secondaires visibles (perte de cheveux par exemple), entraînent des modifications de l'image du corps importantes qui sont très angoissantes car elles altèrent l'intégrité corporelle et le sentiment d'identité du malade, qui ne se reconnaît plus à travers cette image de lui mutilée.

## **b) Dépression**

La dépression, à l'image de l'anxiété, est très difficile à évaluer chez les personnes atteintes de cancer. En effet, les symptômes associés à la dépression sont souvent ambigus. La perte de poids, la perte d'appétit, les insomnies, l'asthénie, les troubles de concentration peuvent tout aussi bien être associés au cancer et son traitement qu'à la symptomatologie dépressive. La dépression traduit les réactions psychologiques au diagnostic et à toutes les conséquences médicales (examens, hospitalisation, traitement) et sociales (famille, travail) qui en découlent. Elle entraîne des modifications de l'état clinique qu'il faut distinguer des atteintes dues au cancer : pour parler d'état dépressif, il faut qu'il y ait un changement d'humeur ou une perte d'intérêt qui persiste au moins une semaine. Beaucoup de patients n'acceptent pas aisément l'idée d'être dépressifs, estimant que pour aller bien il ne faut montrer aucune pensée négative. La dépression s'identifie aux traits tirés du visage, au regard proche des larmes, aux signes corporels (épaules tombantes, regard abaissé, mouvements ralentis), au retrait social, aux aveux d'impuissance ou aux sentiments négatifs. Ces manifestations s'accompagnent d'irritabilité. Le malade accepte mal les traitements, il

---

<sup>19</sup> Syndrome de Damoclès : courtisan de Denys l'Ancien qui avait fait suspendre, par un crin de cheval, une épée au-dessus de son siège afin de mieux convaincre Damoclès de la fragilité de la condition humaine. C'est la perception du risque de rechute (réel ou imaginaire) et de la menace de mort qui caractérise le syndrome de Damoclès. L'exposition à un danger fatal et la conscience d'être en sursis peuvent retarder ou limiter la guérison de l'affection somatique et entraîner des dépressions avec renoncement. Elles peuvent aussi s'accompagner d'une « fureur de vivre », d'une hyper activité lucide pendant le peu de temps qui reste à vivre si l'évolution se montrait défavorable.

<sup>20</sup> Cancers O.R.L : cancer oto-rhino-laryngologique situés au niveau de la bouche, du nez, des oreilles et du cou.

refuse les visites ou les activités. Certains patients dépressifs résistent aux soins, pensant que personne ne peut les aider. Ils sont parfois agressifs, ce qui se répercute sur le climat familial ou les relations avec les soignants. Ceci a été traduit par le syndrome de Lazare<sup>21</sup> décrit par Holland en 1989 et défini par Cavro et al. (2005) chez des patients atteints de cancer. De plus, ces patients sont confrontés à un sentiment d'étrangeté dû à la transformation de leur identité. Ceci a été étudié par Rang (1972) qui l'a défini par le syndrome d'Ulysse<sup>22</sup> qui est plus souvent perçu par les conjoints que par le patient lui-même.

L'étude de Dérogatis et al. (1983) a apporté à l'oncologie une meilleure connaissance de la prévalence des troubles dépressifs chez les patients cancéreux, du fait du nombre important de participants (N = 200) et de sa rigueur méthodologique. Les résultats de cette étude indiquent que 47% des patients ont un diagnostic psychiatrique, toutes pathologies confondues, soit une prévalence deux fois supérieure à une population clinique de malades, et trois fois supérieure à la population générale. De plus, même si le diagnostic d'épisode dépressif majeur n'est présent que chez 6% des patients, on observe que lorsque qu'on considère l'ensemble des diagnostics, où la symptomatologie dépressive a une place prépondérante, la prévalence atteint 66%. D'autres études ont montré des prévalences moins importantes, qui estiment qu'il y a présence de dépression entre 1,5 et 8% chez les patients en pré-traitement et entre 12 et 32% chez les patients en cours et après traitement (Manzanera et al., 2003 ; Stiegelis et al., 2004 ; Fritzscher et al., 2005). Seulement 13% auraient un épisode dépressif majeur (Manzanera et al., 2003). Cependant, la méta-analyse de Van't Spijker et al. (1997) indique une prévalence avec une amplitude importante suivant les études, allant de 2 à 42% durant le traitement, et de 1,7 à 47% dans l'année qui suit le diagnostic. Ces différences importantes peuvent s'expliquer par la localisation du cancer et par la méthode d'évaluation (Tableau 6).

---

<sup>21</sup> Syndrome de Lazare : dans l'évangile selon Saint Jean, Lazare est un ami de Jésus qui, malade, meurt avant que Jésus n'arrive chez lui. Il est ressuscité par Jésus à la demande de la sœur de Lazare, Marie. Ce syndrome est aussi appelé syndrome du survivant qui se caractérise par la peur de la récurrence, une diminution de l'estime de soi, des préoccupations morbides, une labilité psychologique plus grande, des difficultés au travail, un isolement social, des difficultés à réintégrer le réseau familial ou social.

<sup>22</sup> Syndrome d'Ulysse : Ulysse doit lutter contre le courroux de Poséidon. Il retrouve Pénélope pas tout à fait indemne, pas tout à fait le même. Il s'agit de modifications durables de la personnalité avec le sentiment d'étrangeté, de transformation de l'identité.

Auteurs	Nombre de sujets	Méthode d'évaluation <sup>(a)</sup>	Dépression %
<b>Tête et cou</b>			
Davies et al	75	Leeds scales, GHQ	29
Espie et al	41	HAD, GHQ	24
<b>Maladie de Hodgkin et lymphome non Hodgkinien</b>			
Devlen et al	90	PSE	19
Devlen et al	150	PSE	
3 mois			9,2
6 mois			5
9 mois			3,3
12 mois			1,7
<b>Cancer gynécologique</b>			
Cain et al	60	CES-D, HRDS	36
<b>Cancer rectal</b>			
McDonald	420	Leeds Scales	25
<b>Sites hétérogènes de tumeurs</b>			
Bukberg et al.			42
Derogatis et al	215	Interview	6
Jenkins et al	31	HAD	17
Syrjala	67	BDI, BSI	6
<b>Cancer du sein</b>			
Bullman	54	HAD	
Chirurgie			6
Radiothérapie			2
Fallowfield et al	101	Interview	
Mastectomie			21
Tumorectomie			27
Fallowfield et al	269	HAD	
Mastectomie			
2 semaines			29
3 mois			27
12 mois			21
Tumorectomie			
2 semaines			22
3 mois			15
12 mois			19
Hopwood et al	214	HAD, RSCL	
Début traitement			9
3 mois			11
Hughson	132	GHQ-60	
1 mois			8
3 mois			7
13 mois			7
18 mois			1
24 mois			2
Lee et al	197	PSE	
Mastectomie			
Avant chirurgie			8,2
3 mois			8,2
12 mois			2,1
Tumorectomie			
Avant chirurgie			6
3 mois			5
12 mois			4
Maraste et al	133	HAD	1,5
Maunsell et al.	227	PSI	21
Omne-Ponten	99	Maguire rating scale	
Mastectomie			
4 mois			46
13 mois			45
Tumorectomie			
4 mois			37
13 mois			40
Pinder et al	139	HAD	12

<sup>(a)</sup> BDI : Beck Depression Inventory; BSI : Brief symptom inventory; CES-D : Centre for Epidemiologic Studies depression scale; GHQ : General Health Questionnaire; HAD : Anxiety and depression scale; HRDS : Hamilton Rating scale for depression; PSE : Present State Examination; PSI : Psychiatric Symptom Index; RSCL : Rotterdam Symptom Checklist.

**Tableau 6 : Pourcentages de troubles dépressifs présents chez les patients atteints de cancer, selon Van't Spijker et al. (1997)**

Il existe une comorbidité importante entre les troubles de l'humeur et les troubles dépressifs, puisque, selon Manzanera et al. (2003), il apparaît que 58,8% des patients ayant un trouble de l'humeur présentent également un trouble anxieux, et qu'inversement 62,5% des patients ayant un trouble anxieux souffrent aussi d'un trouble de l'humeur.

De façon générale, les individus apprenant un diagnostic de cancer, passent typiquement par une série de réactions, incluant le choc initial et l'incrédulité. Ces réactions sont suivies de symptômes, mélanges d'inquiétude et de dépression, d'irritabilité et de perte de l'appétit et du sommeil. La concentration devient plus mauvaise, et les pensées au sujet du cancer et du futur s'imposent jour et nuit. Après plusieurs semaines, l'intensité de l'agitation émotionnelle diminue graduellement mais peut encore augmenter à l'annonce de problèmes médicaux (Massie et al. 1998).

### **c) Impact du cancer de la prostate sur l'anxiété et la dépression**

Les premières études effectuées sur ce sujet, indiquent que les troubles psychologiques qui affectent les hommes atteints d'un cancer de la prostate semblent être similaires à ceux des autres patients atteints d'autres types de cancers (Roth et Scher, 1998a). La détresse psychologique peut apparaître à divers moments de la maladie, telle que la période de l'évaluation, du diagnostic, du traitement, du suivi ou de la récurrence. Le diagnostic de cancer de la prostate induit un dysfonctionnement émotionnel (anxiété et dépression) se traduisant par de la colère, de la crainte, de la tristesse et par une perte d'amour propre (Kirschner et al., 2002). De plus, il peut y avoir des craintes ou inquiétudes au sujet de la progression, du fait de devenir handicapé ou dépendant, ou de mourir (Massie et Popkins, 1998). Les traitements initiaux pour le cancer de la prostate, comprenant la chirurgie, la radiothérapie et l'hormonothérapie, sont associés aux effets secondaires significatifs tels que le dysfonctionnement sexuel, urinaire et intestinal. Des changements importants peuvent se produire sur l'humeur, comme une irritabilité importante, de l'anxiété et des symptômes dépressifs accrus (Roth et al., 1998 b). Beaucoup d'hommes, surtout ceux diagnostiqués avec les tumeurs localisées, sont également confrontés à un dilemme complexe au sujet des options de traitement (Garnick, 1994) qui intensifie leur anxiété au sujet du « bon choix », qui est synonyme de « décision irréversible » (Montie et al., 1994). Les patients atteints d'un cancer de la prostate peuvent également être confrontés à l'incertitude de l'attente thérapeutique, à la fatigue et à la douleur (Roth et Scher, 1998 a). Après le traitement initial ou durant l'attente thérapeutique, les patients sont contraints d'effectuer des tests PSA pour évaluer la progression ou la réapparition de la tumeur.

Beaucoup disent éprouver une « anxiété liée au test PSA » durant l'attente de leurs résultats, qu'on peut aussi appeler « anxiété d'anticipation » (Roth et al., 1998 b).

Les formes les plus communes de détresses psychologiques éprouvées par les patients présentant un cancer de prostate sont l'anxiété et la dépression, qui coexistent fréquemment (Balderson et Towell, 2003). Cependant, il s'avère qu'il existe un manque important de connaissances des besoins psychologiques de ces patients atteints d'un cancer de la prostate. Roth et al. (1998 b), ont conduit une étude pilote pour tester la faisabilité du dépistage de la détresse psychologique chez ces patients (N = 121). Ils observent que 31% des patients participant à l'étude, ont atteint le cut-off<sup>23</sup>, c'est-à-dire qu'ils sont considérés comme ayant une symptomatologie modérée ou sévère, pour la mesure de l'anxiété et pour celle de la dépression et que 13% ont atteint le cut-off pour la mesure commune des deux troubles, suite à la passation du HAD. Cependant, il faut considérer la moyenne d'âge avancée de la population atteinte par le cancer de la prostate, ce qui implique que la prévalence de l'étude de Roth et al., (1998 b), est sans doute sous-estimée. En effet, les hommes âgés sont souvent peu disposés à admettre et rapporter leur détresse d'où une sous-évaluation de leurs troubles anxio-dépressifs (Kornblith et al., 1994).

Beaucoup d'hommes diagnostiqués pour un cancer de la prostate éprouvent des symptômes dépressifs, au moins par intermittence. Ceci n'est pas surprenant étant donné les nombreux changements, d'humeur et corporels, expérimentés pendant leur maladie. Il est donc essentiel que les hommes sachent que leurs réponses émotionnelles face au cancer de la prostate sont normales et il est important de ne pas minimiser l'impact de ces réponses. Certains hommes sont dépressifs mais l'expriment d'une autre manière, comme à travers une addiction comportementale ou de l'agressivité, et ne seront pas identifiés comme dépressifs (Real, 1997). D'autres hommes ne sont pas diagnostiqués comme dépressifs car les professionnels de santé ont tendance à sous-estimer les syndromes dépressifs chez les hommes et à les surestimer chez les femmes (Potts et al. 1991). De plus, comme nous l'avons déjà évoqué, les patients atteints de cancer ne sont probablement pas diagnostiqués pour dépression à cause de la confusion entre les symptômes dépressifs et les symptômes de la maladie cancéreuse (Spiegel, 1996).

Cependant, il est important de noter que les symptômes dépressifs que vivent ces patients peuvent également être dus à des causes physiologiques. La dépression peut être un effet secondaire possible du traitement hormonal du cancer de la prostate (Gleave et al.

---

<sup>23</sup> Cut off : seuil de référence fixé, dans cette étude, à 7 pour la sous échelle l'anxiété et pour la sous échelle de dépression, et fixé à 15 pour l'échelle globale du trouble anxiodépressif. Ceci implique qu'un sujet atteignant ou dépassant le cut-off présente le trouble évalué.

1999), et certaines recherches suggèrent qu'un niveau bas de testostérone est corrélé à une dépression accrue (Steiger et al. 1991).

Les études plus récentes ont apporté une connaissance plus approfondie de la détresse psychologique de ces patients. Ainsi, les hommes qui reçoivent un diagnostic pour un cancer de la prostate ont de hauts niveaux d'anxiété, de dépression et de détresse psychologique (Kronenwetter et al., 2005 ; Zabora et al., 2001) avec un taux de suicide quatre fois supérieur en comparaison aux hommes sains (Llorente et al., 2005). Cependant, il semble que la prévalence de l'anxiété chez ces patients ne soit pas aussi importante que pour d'autres types de cancer (Sharpley et al., 2007 a). On observe, selon les études, 8% de patients souffrant d'une anxiété pathologique (Bisson et al., 2002), 18% de patients « borderline » ou anxieux avérés (Cliff et al., 2000), et la prévalence de l'anxiété la plus importante s'élevant à 30% (Symon et al., 2006), ceci étant en accord avec l'étude pilote de Roth et al. (1998 b).

Les troubles dépressifs sont principalement observés chez les patients en attente de traitement (N = 135), puisque 47% d'entre eux présentent une détresse générale, mais seulement 11% d'entre eux souffrent de dépression avérée (Cliff, 2000). Durant le traitement, les troubles dépressifs sont présents chez seulement 16% des patients atteints d'un cancer de la prostate (Sharpley et al., 2007 b ; Pirl et al., 2002), qui sont souvent associés à une perte ou un gain de poids, à de l'hypo- ou de l'hyper-somnie, à de la fatigue, à de sentiments dévalorisants ou culpabilisants, à des difficultés à prendre des décisions, à des pertes de mémoire et à des préoccupations morbides ou suicidaires (Gray, 2003). De plus, en fonction du traitement administré, l'intensité des troubles émotionnels associés est différente. Selon Korfage et al., (2006), par exemple, les hommes qui ont une prostatectomie (N = 127) sont moins anxieux mais plus dépressifs que les hommes qui ont une radiothérapie (N = 147). Enfin, Helgason et al. (1996) montrent que 18% d'hommes atteints d'un cancer de la prostate (N = 431) souffrent de dépression sévère due, respectivement, à la réduction des capacités sexuelles (9% chez des hommes sans cancer), et à la réduction du plaisir sexuel et de l'orgasme (6% chez les hommes sans cancer).

Les répercussions psychologiques, en termes d'anxiété et de dépression, sont importantes chez les patients atteints de cancer. Cependant, la pathologie cancéreuse a des conséquences négatives également sur l'état émotionnel des personnes proches telles que les conjoints. En effet, le diagnostic de cancer influence la famille entière et plusieurs études ont indiqué que les parents proches des malades du cancer peuvent développer des problèmes psycho-sociaux importants (Northouse 1989 ; Hinds 1992).

## 5. Anxiété, dépression chez les conjoints

### a) Impact du cancer

Les premières observations cliniques ont montré que les conjoints sont « vidés » physiquement et émotionnellement et qu'ils négligent leur propres besoins du fait du temps et de l'énergie requis par les soins du patient (Dyk et Sutherland, 1956). Les conjoints développent un sentiment de désespoir (Simonton, 1984), qui est en relation avec le sentiment de colère qu'ils ont envers le patient et la culpabilité de ressentir un tel sentiment, ce qui a un retentissement sur l'image qu'ils ont d'être une « bonne personne » (Oberst et James, 1985). L'état émotionnel des conjoints semble plus altéré que celui des patients (Davis-Ali et al., 1993). L'étude de Oberst et James (1985) montre que les conjoints de patients atteints de cancer ont des niveaux d'anxiété supérieurs à ceux observés chez les patients, et que cela est encore vrai six mois après que les patients soient sortis de l'hôpital. De plus, cette anxiété est souvent accompagnée d'une augmentation du sentiment de culpabilité, d'une capacité amoindrie pour faire face aux stress quotidiens et de colère (Glasdam et al., 1996).

Il est fréquemment observé que les conjoints développent, suite aux traitements du patient, de la fatigue, des douleurs diffuses et une aggravation de leurs problèmes de santé (Northouse, 1989 ; Given 1992). Ainsi l'étude de Glasdam et al. (1996) a évalué l'anxiété et la dépression chez 102 conjoints (66 hommes et 36 femmes) de patients atteints de cancer âgés de 20 à 70 ans. Les chercheurs ont utilisé un outil standardisé, le HAD<sup>24</sup> qui est proposé au conjoint lors d'une visite chez l'oncologue (visite de suivi au cours du traitement ou post-traitement). Les résultats indiquent que 18% des conjoints sont considérés anxieux avérés, 32% cas douteux d'anxiété et que 6% sont dépressifs avérés et 9% des cas douteux de dépression<sup>25</sup>. Cependant, dans cette étude, il semble curieux que la moitié des conjointes n'aient pas mentionné les aspects négatifs créés par la situation. Plus d'un quart ne croit pas que la situation ait eu un impact positif ou négatif sur leur situation. Selon Glasdam et al. (1996), ceci peut s'expliquer leur besoin de réprimer tout impact négatif sur leur vie et de se concentrer sur les aspects positifs, ce qui peut s'apparenter à une tentative de protection dans cette situation difficile, ce qui peut être considéré comme un mécanisme de défense. Une autre explication est qu'il existe un décalage dans les réponses des conjoints qui comparent leur propre situation à celle d'autres personnes vivant une situation similaire mais qu'ils jugent plus dégradée que la leur, ce qui minimise leurs réponses.

---

<sup>24</sup> Hospital anxiety and depression scale

<sup>25</sup> Les cas avérés ont des scores supérieurs ou égaux à 11 sur une échelle de 21, les cas douteux ont des scores compris entre 7 et 10.

## **b) Impact du cancer de la prostate**

Il semble que l'état émotionnel des conjointes soit en relation avec celui de leur époux/partenaire (Ko et al., 2005), qu'il soit même plus altéré que ces derniers et qu'elles ont plus de pensées intrusives en relation avec le cancer (Kornblith et al., 1994). Ces conjointes (N = 83) endurent un grand traumatisme et font l'expérience de la fatigue, des soucis et inquiétudes, de la dépression, de l'anorexie et de l'insomnie (Kornblith et al. 1994). Selon Cliff et al. (2000), les conjointes manifestent des sentiments pathogènes (N = 135) : 48,8% d'entre elles développent un trouble anxieux, 10,4% un trouble dépressif et 76% présentent une détresse spécifique au cancer. Il apparaît cependant que l'anxiété des conjointes diminue avec le temps, lorsque les sentiments, associés au bon fonctionnement du patient, sont moins chargés émotionnellement (Kornblith et al., 2001). De plus, Kornblith et al. (2001) montrent qu'une bonne réponse à la chimiothérapie est associée à une diminution de l'anxiété et de la dépression des conjointes mais aussi à l'augmentation d'émotions positives.

Il apparaît que la détresse des conjointes soit la résultante de plusieurs facteurs en relation ou non avec la maladie. D'une part, l'étude d'Eton et al. (2005), auprès de 165 conjointes, indiquent que leur détresse émotionnelle est en rapport avec les fonctions intestinales et la santé mentale de leur époux/partenaire. Il s'avère que les difficultés urinaires rapportées par les patients sont en relation avec les troubles dépressifs observés chez les conjointes (Kornblith et al. 1994). Ces dernières semblent plus préoccupées par la douleur et les limitations physiques induites par le traitement que le patient lui-même (Cliff et al., 2000). D'autre part, leur détresse paraît également associée à la réduction des relations conjugales, de la santé, de l'activité et de l'autonomie du patient (Willener et al., 2005), et semble liée à l'incertitude quant au cancer (Germino et al., 1998). Cette détresse peut s'expliquer par différents facteurs externes à la maladie : une faible éducation, une faible estime de soi et un manque de ressources personnelles pour faire face à la maladie de leur époux, ce qui prédit une symptomatologie dépressive importante et des pensées intrusives, spécifiques au cancer (Eton et al., 2005).

En ce qui concerne les conjointes de patients atteints d'un cancer de la prostate, très peu d'études spécifiques ont été réalisées. Toutefois, ces études semblent toutes d'accord pour affirmer que les conjointes rapportent plus de détresse spécifique au cancer que les patients, mais ne recherchent pas d'autres causes que la pathologie cancéreuse pour expliquer cette détresse. En effet, même si la détresse émotionnelle et l'altération de la qualité de vie, des patients et des conjointes, sont surtout liées au cancer, à son traitement et aux effets secondaires, il semble que ce ne sont pas les seules causes de l'apparition de

ces troubles psychologiques. Le soutien social perçu, la qualité de la relation conjugale, ainsi que l'ajustement dyadique contribuent également à l'apparition de ces troubles et jouent un rôle dans leur intensité.

### **III. Le soutien social, la qualité de la relation et l'ajustement dyadique**

#### **A. Le soutien social**

##### **1. Emergence du concept**

Les études portant sur le soutien social ont proliféré depuis les années 1970, bien que l'importance des liens sociaux ait été relevée plusieurs décennies auparavant. Vaux (1988) identifie trois auteurs qui ont marqué le champ de recherche portant sur le concept de soutien social durant les années 1970 :

- Gerald Caplan (1974) pour qui le système de soutien d'un individu ne se limite pas qu'à la famille ou aux amis, mais inclut aussi les services informels provenant du voisinage et l'aide de la communauté ;

- John Cassel (1976), médecin et épidémiologiste, qui a souligné l'importance des processus psychosociaux, notamment le soutien social, dans l'étiologie des maladies. Il voit le soutien social comme étant fourni par l'environnement immédiat et comme ayant une fonction de protéger les individus contre les événements stressants de la vie ;

- Sidney Cobb (1976), qui voyait aussi l'importance du soutien social en relation avec le stress et le bien-être. Cobb propose que le soutien social soit considéré comme de l'information, c'est-à-dire 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. Ce soutien est émotionnel et il est à rapprocher de l'estime de soi et du sentiment d'appartenance.

Les 25 dernières années ont permis d'établir l'effet bénéfique du soutien social au niveau de la promotion de la santé physique et mentale des individus confrontés à une situation particulièrement stressante (Cohen et al., 2000).

##### **2. Définition**

Ce concept de soutien social est relativement récent et, comme le souligne Bruchon-Schweitzer (2002) « il n'est pas encore parvenu à maturité ». Nous avons choisi de retenir la définition de Reis et Collins (2000), car elle met l'accent sur le fait qu'il s'agit d'un processus et sur la notion de transaction interindividuelle, notion fondamentale à ce concept. Reis et Collins (2000) indiquent que « Le soutien social est généralement défini comme un

processus comportant des transactions avec d'autres personnes importantes qui facilitent la façon de faire face à l'effort et aux autres fardeaux et tâches de la vie »

Il existe différentes façons de concevoir le soutien social introduisant des terminologies différentes pour désigner parfois le même concept. Malgré la diversité de points de vue, il semble exister, dans la communauté scientifique, un consensus selon lequel le soutien social est un concept qui a été envisagé selon trois approches différentes :

La première approche envisage le nombre de relations sociales qu'un individu a établi avec autrui, la fréquence des contacts sociaux effectifs avec ces personnes et l'intensité (ou la force) de ces liens (Barrera, 1986). C'est ce qui correspond au réseau social. Vaux (1988, 1992) le définit comme étant un « sous ensemble du réseau social, vers qui la personne se tourne pour obtenir de l'aide ». Barrera (1986) ainsi que Streeter et Franklin (1992) utilisent l'expression " intégration sociale " pour désigner les liens ou contacts d'un individu avec des personnes significatives de son entourage. De plus, selon Streeter et Franklin (1992), l'intégration sociale est fortement associée au sentiment d'appartenance à la communauté.

La deuxième approche considère le soutien social reçu qui correspond à l'aide effective apportée à un individu par son entourage (Winnubst, 1988). On le définit comme l'aspect fonctionnel du soutien (Bruchon-Schweitzer, 2002). Il est conceptualisé comme étant l'ensemble des actions ou des comportements qui fournissent effectivement de l'aide à la personne (Barrera, 1986). Il s'agit d'un soutien actif (en opposition à un soutien potentiel) composé d'actions ou de comportements spécifiques effectués par les autres, et considérés comme une expression manifeste de soutien ou d'assistance. Le soutien reçu fait donc référence à l'utilisation actuelle des ressources du soutien social (Tardy, 1985). On le présente aussi comme étant une description comportementale du soutien.

La troisième approche considère le soutien social au niveau de la perception qu'en a le sujet. Ainsi, le soutien social perçu correspond à « l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits » (Procidano et al., 1983). Ce concept se divise en deux composantes : la disponibilité (« fait de percevoir certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin » Bruchon-Schweitzer, 2002) et la satisfaction (défini par Gentry et Kosaba (1984) comme « une ressource psychologique, qui correspond à la perception qu'a un individu de la qualité de ses relations interpersonnelles »). D'autres auteurs parlent d'appréciation subjective du soutien qui fait référence à l'évaluation cognitive d'une personne à propos du soutien qu'elle estime recevoir d'autrui (Barrera, 1986; Streeter et Franklin, 1992). L'appréciation du soutien est caractérisée par un ensemble de dimensions qui sont le sentiment d'avoir suffisamment de soutien, la

satisfaction à l'égard du soutien reçu, la perception selon laquelle les besoins de soutien sont comblés, la perception de la disponibilité et de l'adéquation du soutien et, enfin, la confiance que le soutien sera disponible en cas de besoin (Barrera, 1986; Streeter et Franklin, 1992; Vaux, 1992).

Il est également important de tenir compte des types de soutien que reçoit un individu, malgré un manque de consensus de la part des auteurs. Selon House (1981), il existe 4 types de soutien : le soutien émotionnel (manifestation de confiance, d'empathie, d'amour, de bienveillance), le soutien instrumental (prêt d'argent, assistance technique, transport), le soutien informationnel (donner de l'information, des avis, des conseils) et le soutien d'appréciation (rétroaction comme par exemple dire « tu as fait un bon travail »). Barrera (1981), quant à lui, décrit 6 types de soutien : l'aide matérielle (aide financière, prêt ou don d'objets physiques), l'assistance physique (partage des tâches), l'interaction intime (expression et partage des sentiments et des préoccupations), le conseil, la rétroaction (information sur soi-même) et la participation sociale (activités de loisirs). Enfin, Cohen et Wills (1985) proposent 4 types de soutien : l'estime (manifestation d'affection, de soutien émotionnel, de sympathie et d'encouragement), le soutien informationnel (aide dans la définition et la compréhension d'événements problématiques, éducation, conseils, références), l'accompagnement social (activités de loisirs et activités sociales) et le soutien instrumental (aide financière et matérielle).

Enfin, il semble important de préciser que la source du soutien a une importance toute particulière. Streeter et Franklin (1992) insistent sur l'importance de faire la distinction entre les sources formelles et les sources informelles. Les sources informelles sont le soutien des amis, de la famille, etc., tandis que les sources formelles de soutien proviennent des organisations formelles (ex.: services gouvernementaux, agences privées). Les premières sont beaucoup moins structurées que les deuxièmes. Ainsi, le soutien formel est synonyme d'organisation bureaucratique, de spécialisation des fonctions des intervenants, de procédures et de règles, de critères explicites pour l'évaluation des besoins et l'admissibilité aux services, etc. Le soutien informel n'est pas soumis à de telles contraintes, il s'actualise avec davantage de souplesse (Streeter et Franklin, 1992). D'autre part, certains auteurs estiment que la mesure du soutien peut être affectée par des variables susceptibles d'avoir un effet potentiellement confondant, tels le stress ou la détresse psychologique (Barrera, 1986; Tousignant, 1988).

### **3. Soutien social chez les patients**

#### **a) Soutien social et cancer**

Il est reconnu qu'une cause importante et déterminante de la capacité des patients atteints de cancer à vivre avec leur maladie, est leur environnement social. Cohen et Wills (1985) montrent que des aspects de l'environnement social favorisent le bien-être des personnes et les protègent contre les effets délétères des événements de vie stressants, tel que le cancer.

Le cancer est un événement stressant qui influence les rapports interpersonnels de différentes manières (Peters-Golden, 1982). Etant donné qu'il est considéré comme une maladie potentiellement mortelle et, par conséquent, souvent stigmatisée, il peut provoquer des réactions inadaptées de la part de l'entourage. De plus, il affecte les rapports interpersonnels indirectement en limitant les activités sociales des patients, ce qui limite leur accès aux ressources interpersonnelles (Bloom et Kessler, 1994 ; Bloom et Spiegel, 1984). Ainsi, les patients diagnostiqués peuvent avoir des difficultés à obtenir les ressources sociales au moment même où ils en ont le plus besoin (Dakof et Taylor, 1990).

Les études précédentes ont permis de déterminer les trois principaux types de soutiens nécessaires aux patients de maladies graves. Il s'agit du soutien émotionnel, du soutien informatif et du soutien instrumental (House, 1981 ; House et Kahn, 1985 ; Kahn et Antonucci, 1980). Le soutien émotionnel peut aider à reconstituer l'amour-propre ou à diminuer les sentiments négatifs que le patient a envers lui-même. Il permet également l'expression des émotions dans le but de réduire la détresse liée à la maladie et mène à une plus grande attention et à une amélioration des rapports interpersonnels. Le soutien informatif peut augmenter la perception de contrôle du patient en lui indiquant des manières de faire face à la maladie et aux symptômes. Il augmente l'optimisme des patients et réduit le sentiment de vulnérabilité. Il réduit également la confusion qui résulte du diagnostic en aidant à la compréhension de la cause, le cours de la maladie et les traitements. Le soutien instrumental qui est souvent l'aide d'autrui, permet au patient de compenser la perte de contrôle en fournissant des ressources réelles qu'il emploie quand il le désire. Cependant, ce type de soutien peut avoir un effet inverse en augmentant le sentiment de dépendance (Wortman et Dunkel-Schetter, 1987).

Dunkel-Schetter (1984) a demandé à 79 patientes atteintes d'un cancer colorectal ou du sein de décrire les types de soutiens qu'elles ont reçus et leurs sources. Le soutien émotionnel est jugé comme étant le plus utile et le soutien instrumental comme le moins utile

quelque soit la source. Selon Dakof et Taylor (1990), le soutien émotionnel est plus bénéfique s'il provient de la famille et des amis, et son absence est néfaste pour les patientes. Le soutien informatif n'est perçu comme utile que s'il provient d'un professionnel de santé, et un manque de ce type de soutien issu de cette source est problématique pour le patient. En effet, des études ont prouvées que l'incertitude, la peur et la perte associées au cancer peuvent être allégées par le soutien informatif (Butow et al., 1994 ; Fallowfield et al., 1990 ; Houts et al., 1991). Le soutien instrumental n'est jugé utile que chez les patients ayant un pronostic défavorable. Le bénéfice majeur du soutien social réside dans son impact sur l'état psychologique des patients. Cependant, seul le soutien émotionnel, lorsqu'il provient du conjoint, du médecin, de la famille et/ou des enfants, favorise un meilleur ajustement émotionnel et social (Northouse, 1988 ; Zemore et Shepel, 1989). De plus, il est corrélé à la survie à long terme des patients (Ell et al., 1992).

### **b) Soutien social et cancer de la prostate**

Pendant longtemps, les études se sont principalement intéressées aux femmes atteintes d'un cancer du sein. Cependant, les connaissances apportées ne peuvent être appliquées aux hommes atteints d'un cancer de la prostate, puisque certaines études ont montré qu'il existe une différence due au genre. Ainsi, les hommes atteints d'un cancer utilisent généralement moins les systèmes de santé et de support psychologique (aide psychologique individuelle ou de groupe) que les femmes (Dunn et al, 1999), et plus particulièrement ceux qui viennent d'apprendre le diagnostic (Berglund et al., 1997 ; Boudioni et al., 1999 ; Green et Pope, 1999 ; Greenglass, 1992 ; Harrison et al, 1995 a ; Manfredi et al, 1993 ; Slevin et al., 1988 ; Williams et al, 1999). Ceci peut s'expliquer par le fait que les hommes sont moins dans la recherche de soutien social que les femmes, que les hommes, surtout ceux âgés, ne souhaitent pas d'évaluation psychologique pour ne pas admettre leur détresse émotionnelle car ils ont certainement du mal à identifier et verbaliser leurs émotions (Lintz et al. 2003). De plus, les médecins sous-estiment la morbidité psychologique des hommes atteints d'un cancer de la prostate. (Dunn et al., 1999 ; Kunkel et al., 2000). D'après Billings et Moos (1981), la valeur prédictive du soutien social sur l'ajustement aux stressors est moins importante chez les hommes que chez les femmes, c'est-à-dire que, face à une situation stressante et avec un soutien social identique, une femme gèrera mieux la situation qu'un homme. Ceci peut s'expliquer par le fait que les hommes préfèrent et cherchent des types de soutiens et d'aides différents des femmes. Les hommes se sont avérés plus réceptifs que les femmes au soutien empathique fourni par les infirmières (Dakof et Taylor, 1990). Les hommes ont tendance à se fier à une seule personne alors que les femmes se confient à plusieurs personnes (Harrison et al., 1995 b). Enfin, il semble que le soutien informatif soit très recherché par ces patients (Feldman-Stewart et al., 2001).

Les études qui se sont consacrées aux hommes atteints d'un cancer de la prostate indiquent que le soutien social est un facteur important pour faire face aux problèmes psychologiques des patients et est utile pour l'adaptation face au cancer et à son traitement (Lintz et al., 2003). Elles montrent que le soutien social permet une meilleure santé mentale (Lepore et al., 1998 ; Eton et al., 2001), moins de détresse psychologique (Baider et al., 2003) et est associé au prolongement de la vie (Krongrad et al., 1996). Un niveau élevé de soutien social est associé à peu de pensées intrusives à propos du cancer, à un faible niveau de détresse psychologique et à un à niveau élevé de qualité de vie mentale (Roberts et al. ; 2005). Cependant, l'étude de Roth et al. (1998 b) suggère que les hommes atteints d'un cancer de la prostate (N = 121) ne sont pas souvent détectés ni traités pour les troubles psychologiques car les équipes soignantes n'ont pas les ressources nécessaires pour les identifier. L'étude de Duke et al. (2001) suggère que les hommes atteints d'un cancer de la prostate qui participent à des groupes de soutien, éprouvent un large spectre de besoins. L'étude de Steginga et al. (2001) constate que ces hommes rapportent le besoin d'un soutien élevé dans le domaine de la sexualité, dans le domaine psychologique (peurs, émotions et soucis en rapport avec leur cancer) et dans le domaine du système de soin (informations sur le cancer, le traitement et les effets secondaires). L'étude de Lintz et al. (2003) indiquent que les besoins de soutien les plus fréquemment observés chez ces patients sont le besoin de soutien psychologique (65%), le besoin d'informations liées à la maladie (59%), le besoin de soutien dans la vie et l'activité quotidienne (58%) et le besoin de soutien dans le domaine de la sexualité (49%). Seulement 26% des patients auraient aimé avoir un soutien psychologique pour eux et leur famille, qui n'a pas été satisfait.

On observe chez ces patients une forte demande de soutien informatif provenant exclusivement des médecins et de l'équipe soignante (Dunn et al., 1999 ; Schapira et al., 1999). Cependant, une autre forme de soutien leur est essentielle. Il s'agit du soutien émotionnel mais uniquement lorsqu'il provient de la conjointe (Kornblith et al., 1994). Ce soutien émotionnel provenant de la conjointe peut être considéré comme un soutien social spécifique qui a été défini par Pierce et al. (1991) et que nous allons préciser ci-dessous. De plus, on observe qu'il est quasi-systématiquement associé à la satisfaction maritale, concept élaboré par Spanier en 1976, et que nous aborderont également ultérieurement.

#### **4. Soutien social chez les conjoints**

En ce qui concerne les conjointes de patients atteints d'un cancer de la prostate, très peu d'études se sont intéressées de façon précise à leurs besoins de soutien ou aux types de soutien bénéfiques à leur état émotionnel ou à leur qualité de vie. Les études précédentes se sont plutôt intéressées au besoin de soutien social et à son impact chez des aidants de patient(e)s atteint(e)s de pathologies diverses. Le soutien social est souvent montré comme ayant un rapport direct avec la qualité de vie des aidants de personnes âgées dépendantes (Jones et al., 1992), de personnes atteintes de démence (Haley et al., 1987), de patients ayant eu une transplantation de moelle osseuse (Boyle et al., 2000) ou de patients atteints d'Alzheimer (Winslow, 1997). Haley et al. (1987) montrent que le soutien social et l'activité sont des facteurs prédictifs du bien-être de l'aidant. De plus, ils constatent que la taille du réseau, l'activité sociale et la satisfaction de ce réseau sont liées à la satisfaction de la vie et à la santé de l'aidant. Nijboer et al., (1999), se sont intéressés à la qualité de vie des aidants de patients atteints d'un cancer colorectal (N = 148). Les résultats montrent que le soutien social est lié positivement à la qualité de vie. De plus, ils indiquent que 18% des aidants souffrent d'un manque de soutien familial. Glasdam et al. (1996) montrent que les partenaires ont des difficultés à communiquer au sujet de la maladie avec la famille ou les amis mais que les rapports sont maintenus voire intensifiés. Seulement un tiers des partenaires de son étude disent n'avoir aucun soutien de la famille ou des amis.

Baider et al. (2003) ont examiné l'impact du soutien familial sur la détresse émotionnelle de conjoints de patients atteints de la prostate (N = 118) ou d'un cancer du sein (N = 169). Les couples qui présentent une détresse importante sont ceux qui rapportent le moins de soutien familial. Cependant, Ptacek et al. (1997) ont précisé, dans leur étude sur les conjoints (N = 95), qu'il y a un effet du genre dans la recherche de soutien social. Les conjointes recherchent et reçoivent plus de soutien et en sont plus satisfaites que les conjoints.

Eton et al.(2005), quant à eux, indiquent que les conjointes de patients atteints d'un cancer de la prostate (N = 165), sont confrontées à des incertitudes et à des demandes stressantes, incluant la menace de perdre l'être aimé, l'isolement social et le fait d'avoir de nouveaux rôles et responsabilités. Les conjointes se plaignent d'un manque d'informations à propos de la maladie de leur époux, ceci étant dû, selon elles, à une communication inadéquate avec le personnel soignant. Srirangam et al. (2003) et Feldman-Stewart et al. (2001) indiquent que les conjointes sont en recherche permanente d'informations au sujet de la maladie et du traitement. Feltwell et Rees (2004) dans leur étude, ont différencié deux types de conjointes : celles qui recherchent obstinément de l'information et celles qui évitent

tout contact avec les médecins ou toutes personnes compétentes dans ce domaine. Enfin, il semble qu'une interaction sociale avec le patient jugée négative se traduit par des sentiments de détresse importants (Eton et al., 2005) et, la perception d'un manque de soutien social est un facteur accentuant la détresse (Ptacek et al. 1997).

Le soutien social est un élément indispensable au bien-être des conjointes. Toutefois, à l'image des patients, il semble que le soutien issu du partenaire soit également en rapport avec leur détresse. Nous allons donc aborder ce soutien spécifique dans le paragraphe suivant.

## **B. La qualité de la relation**

### **1. Définition**

Le soutien social spécifique a été défini par Pierce et al (1991) et peut être considéré comme « les perceptions du soutien social dans une relation spécifique. Ceci consiste en l'évaluation des attentes d'un individu concernant la disponibilité des personnes significatives dans sa vie pouvant lui procurer du soutien. Les relations en question résultent des expériences passées et sont le reflet de la manière dont les individus les considèrent » (traduction libre).

Le soutien social spécifique correspond au soutien social perçu par un individu, issu d'une relation jugée particulière et importante par l'individu lui-même, telle une relation intime. Le fait qu'il s'agisse d'une relation particulière pour la personne, inclut selon Pierce et al. (1991), de prendre en compte trois dimensions qui sont fondamentales dans ce type de relation :

- la disponibilité du soutien qui correspond au fait que l'individu peut compter sur l'autre personne pour l'assister dans différentes situations ;
- l'intensité de la relation qui correspond à la croyance de l'individu, que lui et l'autre personne sont engagés dans la relation et l'évaluent positivement. L'intensité ou profondeur de la relation reflète la force du lien entre les deux membres de la relation. Il s'agit de la perception de la relation comme étant positive, importante et sécurisante ;
- la perception des conflits interpersonnels qui reflète la mesure dans laquelle les expériences individuelles avec l'autre personne sont empreintes de sentiments, de colère et d'ambivalence étant donné que même si la relation est perçue comme soutenante, intense et peu conflictuelle, elle n'est pas dépourvue de conflit.

Les rares études qui se sont intéressées à ce soutien spécifique ont toutes conclu qu'il existe des corrélations modérées entre ces trois dimensions, ce qui reflète des aspects distincts dans la relation spécifique et qui justifie une approche multidimensionnelle de ce type de relation (Pierce et al., 1991 ; Nakano et al., 2002 ; Verhofstadt et al., 2006). Une modélisation de ce concept a été effectuée par le biais d'un questionnaire : the Quality Relationships Inventory (QRI) de Pierce et al. (1991)

Le soutien social spécifique a longtemps été considéré comme faisant parti du soutien social perçu que Pierce et al. (1991) nomment soutien social général, car il intègre toutes les sources de soutien sans les différencier. Le soutien social général correspond au soutien social perçu provenant de tous les types de relations (proches et lointaines), alors que le soutien social spécifique ne se concentre que sur certaines relations souvent très proches (père, mère, conjoint). Un individu peut penser que son entourage (proche et lointain) lui fournit de façon globale le soutien dont il a besoin, alors qu'une personne bien particulière ne comble pas ses attentes. Ce soutien social spécifique a souvent été représenté comme étant une sous dimension, une modalité, du soutien social général. D'ailleurs, on s'aperçoit que de nombreuses études se sont intéressées au soutien apporté par les conjoints qui sont reconnus pour être la source de soutien la plus fréquente et la plus importante chez les personnes malades (Kornblith et al., 1994 ; Bradbury et al., 2000 ; Verhofstadt et al., 2005 a et b).

Il existe donc une confusion importante entre le soutien social général et le soutien social spécifique. Pierce et al (1991) ont montré que les personnes qui perçoivent un fort soutien social général, perçoivent également un fort soutien social spécifique. Cependant, les corrélations entre ces deux concepts sont faibles ce qui confirme l'existence et l'indépendance des deux concepts, les études ultérieures indiquant les mêmes résultats (Sarason et al., 1994 ; Pierce et al., 1997, Nakano et al., 2002).

## **2. La qualité de la relation spécifique chez les patients atteints d'un cancer**

Actuellement très peu d'études ont utilisé ce concept et ont majoritairement été effectuées par les auteurs du concept. Les résultats indiquent que le soutien social spécifique est associé à l'état émotionnel. Pierce et al., (1991) montrent que le soutien social spécifique issu d'une relation avec la mère jugée disponible et peu conflictuelle prédit un faible sentiment de solitude chez des étudiants (N = 210). De plus, Pierce et al. (1997) ont

montré l'absence de symptômes dépressifs chez des étudiants (N = 119) qui ont perçu le soutien social spécifique issu de leurs parents comme disponible.

Actuellement, aucune étude sur le soutien social spécifique, tel que l'entend Pierce, n'a été réalisée avec le Q.R.I. de Pierce et al. (1991), chez des couples dont l'un des membres est atteint d'un cancer, hormis la publication de nos résultats préliminaires qui ne comprenaient que 25 couples (Lafaye et al., 2007). Ces premiers résultats indiquent que le soutien social spécifique à la relation avec la conjointe est jugé satisfaisant tout au long du traitement. Les patients perçoivent une disponibilité et une intensité du soutien importantes surtout au début du traitement et relatent peu de conflits. À l'inverse, les conjointes perçoivent une faible disponibilité du soutien de la part de leur époux et relatent la présence de conflits surtout au début du traitement. Ces résultats sont bien entendu à confirmer (étant donné le peu de sujet) avec ce travail de thèse.

En ce qui concerne les patients atteints d'un cancer de la prostate, quelques études se sont, néanmoins, intéressées au soutien social issu des conjoints, à travers des questionnaires de soutien social général, que l'on peut considérer comme un soutien spécifique. Elles concluent seulement qu'un soutien émotionnel apporté par la conjointe sera perçu comme plus satisfaisant qu'un soutien apporté par la famille ou les amis (Dunn et al., 1999 ; Soloway et al., 2005) et que les hommes qui se sentent soutenus par leur conjointe rapportent une meilleure satisfaction maritale (Ptacek et al., 1999).

Pour ce qui est des conjointes, nous n'avons trouvé qu'une seule étude (N = 165), celle d'Eton et al. (2005). D'après les résultats de cette étude, il semblerait que les réponses négatives des époux soient un facteur influençant la détresse psychologique. Un manque de soutien et des interactions sociales contraintes avec le patient, sont en relation avec la dépression et des pensées négatives chez les conjointes. Ce qui est jugé comme étant particulièrement stressant sont les efforts du patient d'éviter toute révélation ou discussion au sujet du cancer. Or, lorsque le patient croit que cet évitement réduit la sensation de fardeau, ce comportement ne fait que créer une détresse plus importante chez les conjointes qui sont moins enclines à rechercher du soutien et plus enclines à se sentir délaissées. Ceci démontre bien l'intérêt d'étudier l'adéquation entre ce que le patient recherche et ce qu'il reçoit au niveau de son conjoint, adéquation que l'on doit aborder au niveau du couple.

## **C. L'ajustement dyadique ou la satisfaction conjugale**

### **1. Définition**

Ce concept d'ajustement dyadique a été proposé par Spanier en 1972. Bien qu'ancienne, la définition, que Spanier (1972) propose, est toujours d'actualité. Pour cet auteur, « un bon ajustement marital décrit des mariages exempts de conflits, où le mari et l'épouse sont relativement d'accord sur les principaux thèmes de la vie, apprécient les mêmes intérêts, participant aux mêmes loisirs ensemble et montrant de l'affection l'un pour l'autre. Les conjoints bien ajustés peuvent être décrits comme étant des personnes conventionnelles, se conformant facilement, mûres et stables, venant de famille sans problèmes » (Spanier, 1972). Spanier complète cette première définition, au cours d'un travail en collaboration en 1980. L'ajustement dyadique se définit par « la communication dans le couple, les habiletés de résolution de problèmes, les caractéristiques reliées à la personnalité des conjoints, le caractère positif ou négatif des interactions conjugales, les sentiments des conjoints etc. » (Spanier et Lewis, 1980) (Traduction libre).

L'étude des déterminants de la satisfaction conjugale suscite l'intérêt de plusieurs chercheurs (Bradbury, et al., 2000; Caughlin & Huston, 2002; Kurdek, 1999, 2002). Pour l'évaluation de la relation de couple, les chercheurs emploient une terminologie variée : satisfaction conjugale, adaptation conjugale ou ajustement dyadique qui ne fait pas l'objet d'un consensus (Bradbury, et al. 2000). Selon Spanier (1976), l'ajustement peut être estimé qualitativement sur un continuum allant de « mal ajusté » à « bien ajusté ». Fincham & Linfield (1997) le conçoivent comme une variable multidimensionnelle en ce sens qu'ils distinguent plusieurs facteurs sous-jacents à l'ajustement, et supposent donc que l'ajustement dyadique peut être défini comme un processus d'adaptation dynamique, incluant diverses dimensions, comme par exemple, la cohésion du couple, le consensus sur les aspects importants de la relation, la satisfaction envers la relation (ou bonheur conjugal) et l'expression affective. L'engagement dans le rôle de conjoint est un des indicateurs le plus fortement lié à l'ajustement dyadique. En effet, s'impliquer activement dans le rôle de conjoint et y consacrer du temps est associé à une réduction des problèmes conjugaux et à un meilleur ajustement dyadique chez les deux partenaires (Clements & Swensen, 2000).

Il existe un nombre considérable de recherches qui ont essayé de déterminer ce qui contribue, chez un couple, à maintenir la satisfaction dans la relation (Bradbury, et al., 2000 ; Gill et al., 1999). Selon Bradbury, et al. (1998), l'ajustement conjugal dépend des antécédents et caractéristiques des conjoints (personnalité, attachement), des processus interpersonnels (communication, stratégies d'adaptation) et de l'environnement (événements de vie stressants)

Ainsi, les interactions des conjoints, la communication et la gestion des conflits témoignent de la satisfaction des conjoints et par conséquent, permettent de distinguer les couples qui éprouvent des difficultés. Un niveau élevé d'interactions positives est associé à une grande satisfaction sur le plan conjugal. Ceci se traduit par le fait que les conjoints passent plus de temps ensemble, partagent plus d'activités agréables et se comportent de façon positive l'un envers l'autre (Weiss et al.1973). Plus les couples sont heureux et satisfaits, plus ils sont enclins à réagir positivement et ce, même si leur partenaire se montre négatif envers eux (Jacobson et al. 1982). A l'inverse, les couples en détresse se critiquent l'un l'autre et n'arrivent pas à écouter leur partenaire (Halford et al., 1990 ; Jacobson et al., 1985; Weiss et Heyman, 1990). Ils favorisent le retrait plutôt que l'engagement dans des comportements de résolution de problèmes (Christensen & Shenk, 1991). De plus, ces couples ne cherchent pas de solutions à leurs problèmes. Ils refusent de discuter ensemble et souvent se retirent physiquement des interactions. Le manque d'efficacité de ce mode de communication résulte souvent de problèmes non résolus (Halford et al., 1992). En effet, les couples en détresse revivent souvent les mêmes conflits, lesquels empêchent tout changement positif dans la relation. La détresse conjugale chez les couples est aussi tributaire des pensées négatives qu'entretiennent les conjoints l'un envers l'autre. Les gens qui se disent malheureux sur le plan conjugal ont tendance à prêter attention aux comportements négatifs de leur partenaire, qu'ils attribuent à la personnalité de l'autre (Eidelson & Epstein, 1982; Floyd et Markman, 1983). Les partenaires insatisfaits sur le plan conjugal répondent à leurs perceptions subjectives des interactions maritales, perceptions qui sont souvent biaisées. Tout individu développe des perceptions généralisées de leur partenaire et de la relation qu'ils partagent ensemble. Ces croyances sont caractérisées, chez les couples satisfaits, par des perceptions positives de la relation et de son histoire, perceptions qui sont partagées par les deux partenaires ou conjoints, et inversement chez les couples insatisfaits (Buehlman et al., 1992).

## **2. Ajustement dyadique face au cancer**

### **a) Ajustement dyadique chez les couples confrontés au cancer**

La relation maritale est nécessairement affectée (positivement ou négativement) quand un des conjoints est diagnostiqué pour un cancer (Keitel et al., 1990 a). Il s'avère que certaines relations de couple sont renforcées (LeFebvre, 1978) alors que d'autres sont caractérisées par une tension accrue et une diminution de la cohésion au sein du couple (Baider et Sarell, 1984 ; Lyons, 1983). Selon Keitel (1987), les couples qui rapportent une

haute satisfaction maritale doivent probablement nier les problèmes maritaux. Il est possible qu'une fois confronté à la possibilité de perte, le conjoint décale son centre d'intérêt sur autre chose que les plaintes habituelles de leur relation conjugale (Keitel et al., 1990 b). Les troubles de communication entre les conjoints ne sont pas inhabituelles en réponse aux sentiments de tristesse, de désespoir ou de colère (Wortman et Dunkel-Shetter, 1979) et Baider et Sarell (1984) ont montré que les conjoints ont tendance à voir leurs interactions maritales comme mauvaises alors que le patient ne les perçoit pas ainsi. Les patients semblent moins à même de discuter de la détérioration de leur mariage (Rosen et Tesser, 1970). Plus spécifiquement, les conjoints rapportent le désinvestissement du patient dans les tâches domestiques, un non partage des sentiments et des conflits conjugaux plus fréquents (Baider et Sarell, 1984). Seule l'insatisfaction sexuelle est observée aussi bien chez le patient (Schain, 1980) que chez le conjoint (Baider et Sarell, 1984).

### **b) Ajustement dyadique chez les couples confrontés au cancer de la prostate**

Le traitement et le suivi médical du patient sont vécus comme une véritable crise avec beaucoup d'anxiété et d'incertitude (Arnold 1999 ; Greimel et al., 2002). Cette période au sein du milieu médical provoque un remaniement de la vie conjugale dans le sens où il faut réapprendre à vivre avec le fait d'avoir ou d'avoir eu un cancer et la peur de la récurrence (syndrome de Damoclès de Koocher et O'Malley, 1981). Actuellement, il n'y a pas de consensus quant à l'impact de la maladie sur la relation conjugale. Certaines études indiquent qu'il n'y a pas de changement ou alors qu'il est positif, parce que la maladie réunit les conjoints (Arai et al., 1996). Cependant, la majorité des études indiquent des remaniements importants et souvent négatifs dus aux problèmes financiers, au comportement du malade, et au changement de rôle au sein du couple incluant la perte d'activités communes (Booth et al., 1994). De plus, lorsque le conjoint perçoit une augmentation de la sensation de fardeau, l'interaction dyadique devient négative, ce qui se traduit par un retrait social (Manne et al., 1999), des comportements d'indifférence (Manne et al., 2000), des ressentiments (Gilbar, 1999) et une augmentation des critiques envers le patient (Manne et al., 1989).

Même si le cancer a des répercussions négatives sur l'ajustement dyadique il n'en est pas moins vrai que le fait de vivre en couple et d'avoir une relation conjugale satisfaisante présente un bénéfice pour le patient et la conjointe au niveau de l'état émotionnel et de la qualité de vie.

La relation maritale sert de modérateur de l'état émotionnel des patients et des partenaires, c'est-à-dire qu'elle participe à la réduction ou amplification des troubles psychologiques tels que l'anxiété et/ou la dépression. Les dyades dites « solides » ou « fortes » présentent moins de détresse que celles souffrant de dysfonctionnements (Rodrigue et al., 1994). Banthia et al. (2003) montrent que les couples qui ont une bonne relation conjugale, sont protégés de la dépression et que dans les couples où la conjointe rapporte des sentiments de détresse ou décrit des réactions d'évitement face au cancer, la relation conjugale est mauvaise. D'autres études indiquent que lorsque l'ajustement marital est pauvre les scores de dépression et d'anxiété sont élevés (Baider et al., 1998 a, Nijboer et al., 1999, Eton et al., 2005). Les mariages caractérisés par le conflit et la contrainte réduisent le niveau de soutien social au sein du couple. Une faible satisfaction maritale est associée à de la détresse alors que la proximité conjugale favorise une bonne qualité de vie (Manne et al., 1999). Selon Manne et al. (1999, 2000), Une relation dyadique romantique est souvent la première source de soutien social, la plus accessible et la plus valable.

En ce qui concerne l'impact sur la qualité de vie, Gore et al. (2005) montrent qu'une relation conjugale satisfaisante a un effet positif sur la qualité de vie (meilleure santé mentale, moins de troubles urinaires et moins de troubles dépressifs). De plus, les femmes joueraient un rôle important dans l'équilibre de la santé conjugale (Blanchard et al., 2005) puisqu'elles sont la principale source de soutien social des patients et la plus satisfaisante (Soloway et al., 2005). Il semble que ce soit les relations sexuelles qui soient les plus affectées par l'expérience du cancer de la prostate (Johnstone et al., 1991). Les dysfonctionnements sexuels sont en relation avec l'augmentation des symptômes psychologiques (Reiker et al., 1985) et sont considérés comme une contrainte dans les relations conjugales (Lavery et Clarke, 1999). Dans leur étude qualitative, Lavery et Clarke (1999), interrogent des couples (N = 12) sur l'impact du cancer de la prostate sur leur relation conjugale. De façon générale, la majorité des couples disent que le cancer de la prostate a changé leur relation conjugale de façon positive et a même augmenté leur respect l'un pour l'autre. Ceux pour qui l'impact a été négatif le relie à leur dépression et au remaniement de leur image corporelle, résultant de l'expérience du cancer. Cependant, au niveau sexuel, l'impact est toujours négatif du point de vue des patients et des conjointes, à cause de l'impuissance causée par la maladie et le traitement. De plus, l'impuissance a un effet substantiel sur leur identité masculine. Les patients perçoivent ces troubles sexuels comme plus difficiles pour leur épouse que pour eux-mêmes (Lavery et Clarke 1999), et les conjointes pensent que cette expérience est plus stressante pour le patient que pour elle-même (Ptacek et al., 1999).

## **IV. Le concept de coping**

### **A. Emergence du concept**

Le concept de coping est historiquement issu du concept de mécanisme de défense étudié par la psychanalyse au cours du XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècle ainsi que de la théorie de l'adaptation développée à partir de la perspective évolutionniste de Darwin. C'est à partir de années 60-70 qu'apparaissent les premières différenciations entre coping et mécanisme de défense. Les travaux de Haan (1965) définissent les mécanismes de défenses comme étant « rigides, liés à des conflits intrapsychiques anciens souvent d'origine inconsciente » et les stratégies de coping comme étant « souples, orientées vers le futur, basées sur la réalité de la vie et destinée à faire face à une situation stressante bien précise ». Puis, en 1978, Lazarus et Launier élabore une première définition du concept de « coping » qu'ils décrivent comme « l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un évènement, perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer et diminuer, l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique ».

### **B. Définition**

C'est en 1984, que Lazarus et Folkman apportent une définition précise du coping, dans la perspective transactionnelle du stress, en le considérant comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». Les stratégies de coping apparaissent comme des processus, spécifiques et constamment changeants, impliquant une action réciproque entre le sujet et l'environnement. Il s'agit de « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu » (Lazarus et Folkman, 1984).

Dans le domaine de la psychologie, la notion du coping est intimement liée au concept du stress, puisque le coping agit comme facteur médiateur entre la source (le stressueur) et la réponse émotionnelle de stress (Lazarus & Folkman, 1984; Parker & Endler, 1992). Pour Lazarus (1999), le stressueur constitue une situation de vie inconfortable que la personne désire changer, tandis que le coping représente un effort de la personne afin de gérer la situation et les émotions induites par cette situation, dans le but d'en diminuer les effets néfastes sur les plans physiques et psychologiques (Snyder & Dinoff, 1999), et de favoriser le bien-être et la qualité de vie de la personne (Lazarus & Folkman, 1984).

Une des caractéristiques majeures et un apport essentiel de la théorie de Lazarus & Folkman (1984), selon Bruchon-Schweitzer (2002) consistent à considérer les phénomènes du stress, du coping et de l'adaptation comme un processus, à l'intérieur duquel l'évaluation cognitive et les stratégies de coping exercent un rôle médiateur entre l'exposition au stress et la réponse émotionnelle au stress.

Pour Lazarus et Folkman (1984), ce n'est pas seulement la nature du stresser qui explique l'effet néfaste de la réponse émotionnelle au stress sur la santé, mais également la manière dont un individu perçoit ce stresser et les ressources dont il dispose pour y faire face. Le concept d'évaluation cognitive permet ainsi de mieux saisir les différences individuelles dans la réponse émotionnelle à un stresser donné. Lazarus et Folkman (1984) identifient trois dimensions de l'évaluation cognitive : l'évaluation primaire, l'évaluation secondaire et la réévaluation. L'évaluation primaire consiste à apprécier la portée de la situation et le niveau de stress perçu. L'évaluation secondaire évalue les ressources dont dispose une personne pour faire face au stresser. Elle contribue à définir le niveau de stress perçu du stresser et la réponse émotionnelle associée (Lazarus & Folkman, 1984). Au cours de ce processus et en lien avec l'évaluation cognitive, la personne élabore une stratégie de coping tant sur le plan cognitif et comportemental et/ou émotionnel. La réévaluation consiste alors à apprécier à nouveau la portée et le niveau de stress de la situation, suite à la réponse initiale. En fait, la réévaluation se distingue de l'évaluation primaire seulement par le fait qu'elle survient après cette dernière (Lazarus et Folkman, 1984). Selon Lazarus et Folkman (1984), l'évaluation cognitive peut être influencée par des variables personnelles et contextuelles. Les principaux facteurs d'influence personnelle sont les valeurs, les buts et les croyances de la personne ; ceux-ci définissent la signification qu'une personne accorde à chaque événement. Lorsqu'une situation est perçue comme stressante, les stratégies de coping permettent à la personne de gérer la situation et la réponse émotionnelle associée.

Selon Cousson et al. (1996), une stratégie de coping peut être employée dans le but de résoudre ou de modifier le problème perçu comme stressant ou dans le but de gérer la détresse émotionnelle associée. Actuellement, on observe trois types de coping :

- Le coping centré sur le problème qui correspond à l'établissement d'un plan d'action, à une confrontation directe au problème ;
- Le coping centré sur l'émotion dont l'objectif est de régulariser et de réduire la tension émotionnelle provoquée par la situation stressante ;
- La recherche de soutien social qui correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui.

D'autres auteurs préfèrent distinguer les stratégies de coping en fonction de l'attention que le sujet porte à la situation. Suls et Fletcher (1985) parlent de coping vigilant et évitant. Le coping évitant vise à réduire la tension émotionnelle : s'investir dans le sport ou pratiquer la relaxation, partager ses émotions avec des amis, ou apprendre une stratégie de gestion de l'émotion. Ces stratégies sont efficaces sauf lorsqu'elles s'expriment par une fuite dans la prise de produits psychoactifs (tabac, alcool, médicaments...). Le coping vigilant, qui consiste à focaliser son attention et à prendre des informations sur la situation stressante, est efficace si la personne peut effectivement agir sur la cause du stress.

L'usage des stratégies centrées sur le problème prédomine lorsqu'une personne a l'impression qu'elle peut faire quelque chose de constructif en regard du problème rencontré, tandis que l'usage des stratégies centrées sur les émotions, prédomine lorsqu'une personne a l'impression que le stresser ne peut être modifié, et qu'il doit donc être subi ou toléré (Carver et al., 1989). Cependant, il semble important de préciser qu'il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises stratégies de coping. Toute stratégie peut être bénéfique ou néfaste, ceci en fonction de la personnalité du sujet et la situation, plus ou moins aversive ou contrôlable.

## **C. Efficacité des stratégies de coping sur la qualité de vie et l'état émotionnel**

### **1. Chez les patients atteints d'un cancer**

Les études précédentes ont montré que face à une menace importante, quelle que soit la menace, les personnes utilisent un coping centré sur l'émotion (Folkman et al., 1986 ; McCrae, 1984). Cependant, dans le cadre de la pathologie cancéreuse, les patients qui évaluent leur cancer comme une menace sont plus susceptibles d'employer un coping centré sur le problème (Franks et al., 2006). Selon la méta-analyse de Franks et al. (2006), qui a été réalisée sur 15 études, représentant un total de 1473 hommes atteints de cancer, ceci s'explique par le fait que les patients qui perçoivent le cancer comme une menace envers leurs buts et ressources et envers leur vie, ne puissent pas voir ces pertes comme inéluctables. Il est probable que le patient ait toujours l'espoir que l'action peut provoquer un changement positif. Ces patients ont l'intime conviction que quelque chose peut être fait pour changer l'issue de la maladie.

Les personnes qui évaluent leur maladie comme une perte utilise le coping centré sur l'émotion. Les patients qui évaluent leur maladie comme une perte insurmontable, emploient

des stratégies qui visent à réduire au minimum la menace, par exemple en ayant des pensées magiques, en se déchargeant émotionnellement et en se centrant sur d'autres activités (Franks et al., 2006). Aux stratégies centrées sur l'émotion est souvent associé l'évitement qui se traduit par un désengagement comportemental et mental, le déni et la distanciation à la maladie.

Les patients qui évaluent leur maladie comme un défi sont plus susceptibles d'utiliser un coping vigilant. Ils ont la perception que le mal et la perte sont des résultats inévitables mais qu'il faut tout mettre en œuvre pour les éviter (Lazarus et Folkman, 1984). D'après Franks et al. (2006), ces patients n'utiliseraient pas de coping centré sur le problème ou centré sur l'émotion. Ce serait un mélange des styles de coping qui se traduit par la recherche du soutien des amis, l'optimisme, le sang froid, l'interprétation positive, l'acceptation du cancer, l'observance thérapeutique, la recherche de l'information à propos du cancer et des traitements.

En plus de la façon dont l'individu perçoit son cancer, il semble que les caractéristiques du cancer (site, étendue, gravité ...) et le temps qui s'est écoulé depuis le diagnostic, jouent un rôle dans le type des stratégies utilisées. Franks et al. (2006) indiquent que les femmes atteintes d'un cancer du sein (N = 666) utilisent plus de coping vigilant lorsqu'elles identifient leur cancer comme une menace ou un défi, en comparaison à des personnes avec d'autres types de cancers. Ceci peut s'expliquer par le fait que le cancer se traite bien, que les chances de survie sont bonnes et qu'elles sont pleines d'espoir quant à l'issue. De plus, les patients diagnostiqués depuis longtemps sont ceux qui considèrent leur cancer comme un défi et qui utilisent des stratégies vigilantes. Ces patients sont ceux qui sont en rémission et qui utilisent des stratégies de coping visant à prendre soins d'eux-mêmes et à diriger leur attention sur le suivi de la maladie. Ce sont également ceux qui ont le plus d'informations et qui ont eu le plus de contacts avec le médecin qui leur a fourni l'aide nécessaire pour contrôler leur cancer.

On observe un consensus au sujet de l'impact des stratégies de coping sur l'état émotionnel et la qualité de vie. Les stratégies centrées sur le problème sont associées à un meilleur état émotionnel (Endler et al., 1998), mais à une mauvaise qualité de vie (Cousson-Gélie et al., 1999). Les stratégies centrées sur l'émotion sont associées à un mauvais ajustement à la maladie, à un mauvais état psychologique, à une mauvaise qualité de vie et à une évolution défavorable de la maladie (Cousson-Gélie, 2000 ; David et al., 2006 ; Epping-Jordan et al., 1999).

## **2. Chez les patients atteints d'un cancer de la prostate.**

Plusieurs études ont montré que les hommes atteints d'un cancer de la prostate ont un rôle passif dans la gestion de leur cancer, particulièrement quand ils sont mariés, âgés et ou faiblement éduqués (Davidson et al., 1995 ; Gray et al., 1997). A l'inverse, d'autres études ont montré que la majorité de ces hommes sont en quête d'informations détaillées au sujet de leur maladie, des traitements et de la survie (Wong et al., 2000). Lavery et Clarke (1999) ont constaté que plus de 60% des patients (N = 12) ont voulu prendre la décision du traitement avec leur médecin. La collecte d'informations mène à un meilleur sentiment de contrôle du cancer, ce qui améliore l'état psychologique voire physique (Johnson et al., 1988).

Actuellement, les études qui se sont intéressées au coping chez les patients avec un cancer de la prostate, se sont principalement intéressées à l'impact de ces stratégies sur l'état émotionnel et la qualité de vie. Cependant, étant donné le peu d'études à ce sujet, beaucoup de résultats contradictoires émergent de ces recherches. Il semble néanmoins que ces patients utilisent aussi bien des stratégies centrées sur le problème que celles centrées sur l'émotion tout au long de cette épreuve.

D'après Ben-Tovim et al. (2002) et Endler et al. (1998), si le patient a recours à un esprit combatif et qu'il exprime ses émotions, il aura un meilleur état émotionnel. Dans la méta-analyse de Roesch et al. (2005), qui rassemble 33 études, soit 3133 hommes atteints d'un cancer de la prostate, il semble que le coping centré sur l'émotion préserve la santé mentale immédiatement après le diagnostic et que le coping centré sur le problème joue un rôle protecteur vis-à-vis de la santé mentale et physique six mois et plus après le diagnostic. Le coping centré sur le problème est lié aux affects positifs et au fonctionnement social, et le coping centré sur l'émotion est positivement associé à un bon état émotionnel car il réduit la dépression et la douleur. Ce résultat peut paraître surprenant ; il s'explique par le fait que ces patients utilisent des stratégies émotionnelles dites adaptatives telles que la réinterprétation positive, l'optimisme et le soutien émotionnel plutôt que des stratégies dites non adaptatives comme le décharge émotionnelle ou le déni. (Roesch et al., 2005). A l'inverse, l'étude de Perczek (2002, N = 101) montre que l'optimisme est un facteur prédictif d'anxiété, et que le désengagement comportemental est un facteur de détresse après le traitement. Ptacek et al. (1999, N = 57) et Bjorck et al. (1999, N = 31) indiquent que des stratégies telles que l'auto-accusation, la pensée magique, l'évitement, sont liées à un mauvais état psychologique (anxiété et dépression importantes).

Lepore et Eton (2000, N = 89) ont constaté que les hommes atteints d'un cancer de prostate qui réorganisent les buts de leur vie ont une amélioration significative de qualité de vie. La méta-analyse de Roesch et al. (2005) indique que les patients, diagnostiqués pour un cancer de la prostate, qui tentent activement de réduire le stress engendré par le cancer, ont des scores élevés de qualité de vie. À l'inverse, les patients qui évitent la situation, ont des scores faibles de qualité de vie. Ils montrent également que les hommes qui font face au stress du diagnostic en utilisant un coping évitant ont plus de risques d'avoir une évolution défavorable de la maladie, alors que ceux qui utilisent un coping vigilant ont plus de chance d'avoir une évolution favorable. De plus, le coping évitant est associé à un mauvais état psychologique, caractérisé par des affects négatifs, et à un faible fonctionnement physique (Roesch et al., 2005). Cependant, ces deux stratégies n'ont aucune influence sur les fonctions urinaire et érectile (Sestini et Pakenham, 2000).

Roesch et al. (2005) concluent que ces hommes utilisent tous les types de stratégies de coping pour alléger ou réduire la détresse liée au diagnostic ou au traitement, et que leur expression émotionnelle est adaptative. Pour eux, le facteur sous-jacent qui influe sur l'adaptation est l'âge car les hommes plus jeunes souffrent d'une plus grande détresse, perçoivent le cancer comme une plus grande menace, recherchent moins de soutien social et sont moins optimistes quant aux chances de survie (Van't Spijker et al., 1997).

### **3. Chez les conjoints de patients atteints d'un cancer**

Les études sur les stratégies de coping utilisées par les conjoints sont rares et se sont presque exclusivement concentrées sur les époux de femmes atteintes d'un cancer du sein et sur les répercussions de ces stratégies sur les patientes.

L'étude de Carver et al. (1989, N = 89) montrent que les stratégies centrées sur l'émotion utilisées par les époux de femmes atteintes d'un cancer du sein sont corrélées négativement à la satisfaction relationnelle des patientes. À l'inverse, les stratégies centrées sur le problème sont corrélées positivement avec cette satisfaction. Quand le conjoint adopte une stratégie centrée sur le problème, ceci a un impact sur la satisfaction maritale de la patiente mais pas sur sa santé mentale, contrairement à ceux qui adoptent un coping centré sur l'émotion, car cette stratégie est en relation avec la détresse des patientes (Ben Zur et al., 2001, N = 73). Les époux qui utilisent un coping centré sur l'émotion ont tendance à considérer le cancer comme une menace importante et évaluent la situation comme incontrôlable (Ben Zur et al., 2001). Baider et Sarell (1984) ont effectué des entretiens auprès de 25 conjoints de femmes atteintes d'un cancer du sein, et indiquent que, d'une

façon générale, les conjoints sont plus pessimistes que les patientes et ont tendance à voir la situation médicale se détériorer.

Les résultats de ces recherches sur le coping des époux de femmes atteintes d'un cancer du sein ne peuvent malheureusement pas s'appliquer aux conjointes d'hommes atteints d'un cancer de la prostate. En effet, Baider et al. (1998 b), indiquent dans leur étude, que les stratégies de coping utilisés par les conjoints sont différentes en fonction du genre.

Les études sur les stratégies de coping utilisées par les conjointes d'hommes ayant un cancer de la prostate sont très rares et souvent cette problématique est abordée de façon succincte. Le peu de résultats que nous avons actuellement, nous permettent d'esquisser quelques tendances : que les conjointes de patients atteints d'un cancer de la prostate qui emploient des stratégies de coping centrées sur le problème, la recherche d'informations, la communication, la réévaluation positive de la situation ou la recherche de soutien social semblent moins dépressives que celles utilisant l'impuissance ou l'impulsivité (Lavery et Clarke., 1999 ; Maliski et al., 2002 ; Malcarne et al., 2002 ; Couper et al., 2005).

D'après Curtis (2001), les conjointes utilisent davantage la stratégie d'impuissance/désespoir<sup>26</sup> que les patients. De plus, il semble que les stratégies de coping utilisées par les patients sont en relations avec celles des conjointes, c'est-à-dire que les deux partenaires ont tendance à utiliser le même style de coping (Ptacek et al., 1994).

## **V. Conclusion**

Il semble donc, d'après l'ensemble des travaux présentés ci-dessus, que le cancer de la prostate et son traitement, ont des répercussions importantes sur le bien-être physique et psychologique des patients et de leur conjointe. Cette revue de la littérature s'est également attachée à montrer l'importance, aussi bien chez les patients que chez les conjointes, du soutien social, de la relation conjugale et des stratégies de coping. Enfin, elle a tenté de faire apparaître le rôle prédominant que jouent les conjointes au niveau du bien-être de leur époux.

Toutefois, il est important de préciser que les études sur le cancer de la prostate sont récentes et par conséquent peu nombreuses. Elles se sont principalement intéressées aux répercussions majeures du cancer de la prostate sur le fonctionnement physique, tout en

---

<sup>26</sup> L'impuissance-désespoir fait parti des stratégies de coping centrées sur l'émotion et se traduit par de la détresse, de la perte de contrôle, de la dramatisation, du pessimisme, etc.

apportant des connaissances du fonctionnement psychologique, de façon succincte. En ce qui concerne les conjointes, les études précédentes ont souvent fait un parallèle entre les patients et les conjointes et se sont attachées à montrer les effets bénéfiques des conjointes sur le bien-être de leur époux, mais aucune, à notre connaissance, ne s'est intéressée à l'effet des patients sur leur épouse.

Par conséquent, il nous semble important de conduire une recherche sur ces patients et leur conjointes, afin d'apporter une meilleure connaissance de ce qu'ils vivent, de la manière dont ils font face et des répercussions que cela engendre.

Par le biais de cette étude, nous effectuerons, dans un premier temps, une étude de la population pour apporter des précisions sur le fonctionnement psychologique individuel des patients et des conjointes, puis, dans un second temps, une étude qui tentera de mettre en évidence l'implication des transactions interindividuelles des patients dans l'altération de leur qualité de vie physique et psychologique et dans celle de leur conjointe, et de même manière, de mettre en évidence l'implication des transactions interindividuelles des conjointes dans l'altération de leur qualité de vie physique et psychologique et dans celle de leur époux.

**Présentation d'une étude menée auprès de patients atteints d'un cancer de la prostate et de leur conjointes. Description de l'étude et des outils utilisés, validation dans la population française d'outils spécifiques au cancer de la prostate, résultats et discussion.**

## **I. Objectifs et hypothèses générales**

Dans la partie théorique, nous avons mis en évidence l'impact important du cancer de la prostate sur la qualité de vie et l'état émotionnel, ainsi que les stratégies de coping utilisées et les besoins du soutien social général et spécifique des patients et des conjointes. Cependant, les études sur les patients atteints d'un cancer de la prostate se centrent presque exclusivement sur les dysfonctionnements majeurs (troubles érectiles, urinaires et fécaux), et celles sur les conjointes sont rares.

Il nous semble donc fondamental d'apporter, dans un premier temps, une meilleure connaissance de ces patients et de ces conjointes, puis dans un second temps, de connaître l'implication de certains facteurs psychologiques et sociaux sur leur bien-être.

Cette étude à deux objectifs principaux :

- Avoir une meilleure connaissance de l'anxiété, de la dépression, de la qualité de vie, du soutien social, de la qualité de la relation conjugale, de l'ajustement dyadique et des stratégies de coping des patients atteints d'un cancer de la prostate et de leur conjointe et de montrer les différences existantes, au niveau de ces variables, entre les patients et les conjointes
- Identifier le rôle du soutien social, de la qualité de la relation conjugale, de l'ajustement dyadique et des stratégies de coping, que les patients et les conjointes adoptent, sur leur état psychologique (anxiété et dépression) et sur leur qualité de vie mais aussi sur ceux de leur partenaire, ainsi que le rôle des troubles anxio-dépressifs dont souffrent les patients et les conjointes, sur leur qualité de vie et sur celle de leur partenaire.

A partir du premier objectif, nous posons les hypothèses suivantes :

- Hypothèse 1 : Les patients atteints d'un cancer de la prostate et leur conjointe ont plus de troubles émotionnels, une qualité de vie plus altérée et utilisent plus de stratégies de coping en comparaison à la population générale.
- Hypothèse 2 : Les stratégies d'ajustement, le soutien social, la qualité de la relation conjugale, l'ajustement dyadique, l'état émotionnel et la qualité de vie évoluent positivement au cours du traitement et dans les mois qui suivent.
- Hypothèse 3 : Les conjointes ont une qualité de vie plus altérée et des troubles émotionnels plus importants, ont une moins bonne perception du soutien social et de leur relation conjugale et utilisent moins de stratégies de coping que les patients.

Le second objectif de l'étude nous conduit à formuler deux autres hypothèses :

- Hypothèse 4 : Le soutien social, la qualité de la relation conjugale, l'ajustement dyadique et les stratégies de coping des patients ont des effets positifs sur leur état émotionnel et leur qualité de vie mais aussi sur l'état émotionnel et la qualité de vie des conjointes, et de la même manière, le soutien social perçu, la qualité de la relation conjugale, l'ajustement dyadique et les stratégies de coping des conjointes ont des effets positifs sur leur état émotionnel et leur qualité de vie mais aussi sur l'état émotionnel et la qualité de vie des patients.

- Hypothèse 5 : L'état émotionnel des patients a un effet négatif sur leur qualité de vie et sur celle des conjointes, et de la même manière, l'état émotionnel des conjointes a un effet négatif sur leur qualité de vie et sur celle des patients.

## **II. Population d'étude et procédure**

### **A. Présentation des caractéristiques des patients et des conjointes**

Notre population de patients se compose de 132 hommes atteints d'un cancer de la prostate qui débutent un traitement, par radiothérapie ou chimiothérapie, et de 100 conjointes, dont l'époux participe à l'étude.

Dans le souci d'obtenir une population ayant des caractéristiques communes, surtout au niveau médical, nous avons sélectionné nos patients selon les critères suivants :

#### Critères d'inclusion :

- Sujets diagnostiqués pour un premier cancer de la prostate
- Vivre en couple
- En traitement à l'institut Bergonié, Centre de Lutte Régional Contre le Cancer, Bordeaux, ou à la Clinique Francheville, Périgueux.
- Agés d'au moins 18 ans
- Ayant signé un consentement éclairé pour la participation à l'étude

#### Critères d'exclusion :

- Antécédent d'un autre type de cancer (sauf cancer cutané)
- Troubles psychotiques avérés (vie entière)

Les conjointes recrutées sont toutes des conjointes de patients inclus dans l'étude. Il s'agit du seul critère de sélection pour cette population.

Les caractéristiques socio-démographiques de notre population de patients et de conjointes ont été collectées à l'aide d'une grille d'entretien et sont présentées dans le tableau

7. Notre population d'étude est constituée à près de 90% de sujets mariés, âgés en moyenne de 67 ans (+/-6,61) pour les hommes et de 63 ans (+/-8,58) pour les femmes. La majorité des patients a un niveau d'étude de type Cap/BEP (55,3%), a deux enfants (38,63%), a un revenu supérieur à 1300 euros par mois (54,54%) et ne reçoit pas de traitement psychotrope (92,42%). La majorité des conjointes a un niveau d'étude de type Cap/BEP (46%), a deux enfants (35%), a un revenu inférieur à 1200 euros par mois (54,54%) et ne reçoit pas de traitement psychotrope (85%).

	Patients N = 132		Conjointes N = 100	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
<b>Age</b>	67,14 ans (+/-6,61)		63,37 (+/-8,58)	
<b>Statut marital</b>				
Marié	115	87,10	89	89
Concubinage	16	12,10	10	10
Pacsé	1	0,80	1	1
<b>Niveau d'étude</b>				
Cap/BEP	73	55,3	46	46
Baccalauréat	18	13,6	16	16
Baccalauréat + 2	7	5,3	14	14
Baccalauréat + 3	6	4,6	8	8
Baccalauréat + 5 et plus	17	12,9	5	5
Non renseigné	11	8,3	11	11
<b>Nombre d'enfant</b>				
0	11	8,33	9	9
1	28	21,21	23	23
2	51	38,63	35	35
3	26	19,69	17	17
4	9	6,81	4	4
5	2	1,51	3	3
6	1	0,75	1	1
8	2	1,51	1	1
Non renseigné	2	1,51	7	7
<b>Revenu personnel</b>				
<1200	28	21,21	37	37
>1200 et >1300	23	17,42	13	13
>1300	72	54,54	32	32
Non renseigné	9	6,81	18	18
<b>Traitement psychotrope</b>				
Non	122	92,42	85	85
Anxiolytique	4	3,03	3	3
Antidépresseur	5	3,78	7	7
Psychothérapie	1	0,75	0	0
Non renseigné	0	0	5	5

**Tableau 7 : Données socio-démographiques des patients et conjointes de notre étude.**

Nous avons également collecté certaines données médicales de notre population de patients qui sont présentées dans le tableau 8. La majorité de notre population de patients, a

un score de Gleason égal à 7 (40,90%), un PSA en début et fin de traitement inférieur à 4 (respectivement 45,45% et 47,72%), n'a pas reçu de traitement chirurgical avant le traitement par radiothérapie ou chimiothérapie (45,45%) et reçoit une hormonothérapie suite au traitement par radiothérapie ou chimiothérapie (77,27%).

<b>N = 132</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Score de Gleason</b>		
<6	35	26,51
=7	54	40,90
>8	22	16,66
Non renseigné	21	15,9
<b>PSA début traitement</b>		
<4	60	45,45
>4 et <10	23	17,42
>10	31	23,48
Non renseigné	18	13,63
<b>PSA fin de traitement</b>		
<4	63	47,72
>4 et <10	3	2,27
>10	6	4,54
Non renseigné	60	45,45
<b>Chirurgie avant le traitement par radiothérapie ou chimiothérapie</b>		
Oui	51	38,63
Non	60	45,45
Non renseigné	21	15,90
<b>Hormonothérapie après le traitement par radiothérapie ou chimiothérapie</b>		
Oui	102	77,27
Non	15	11,36
Non renseigné	15	11,36

**Tableau 8 : Données médicales des patients de notre étude.**

## **B. Procédure**

Afin de pouvoir évaluer l'anxiété, la dépression, la qualité de vie, le soutien social, la qualité de la relation conjugale, l'ajustement dyadique et les stratégies de coping, nous avons mené une étude longitudinale.

Elle s'est déroulée selon 4 étapes :

**Au début du traitement (1<sup>er</sup> jour), T1:** les patients ont été rencontrés par une psychologue lors de leur première séance de traitement, qui constitue un moment clé dans le parcours médical, rempli de craintes et d'appréhensions à cause des possibles effets secondaires dont ils ont connaissance, et qui nous permet d'obtenir un niveau de base des variables étudiées. L'objectif de l'étude leur a été présenté et, s'ils souhaitaient participer à cette recherche, un consentement éclairé ainsi qu'un premier protocole leur a été remis. Cette démarche a également été appliquée auprès des conjointes lorsque ces dernières

étaient présentes. Cependant, les patients n'étant pas systématiquement accompagnés, un consentement éclairé ainsi qu'un protocole leur était remis à l'attention de leur conjointe. Lorsque les patients étaient traités par radiothérapie, ils devaient ramener les protocoles lors d'une séance suivante (2 à 3 jours après la remise des protocoles), le traitement étant quotidien. Concernant les patients traités par chimiothérapie, les conjointes étant toujours présentes, le problème de la remise des protocoles ne s'est pas posé et les protocoles ont été remplis au cours de la séance de chimiothérapie.

#### **Au milieu du traitement, T2 :**

- Soit 1 mois après le début du traitement pour les patients traités par radiothérapie ;

- Soit 3 mois après le début du traitement pour les patients traités par chimiothérapie.

Pour les patients traités par radiothérapie, les protocoles, pour eux et leur conjointe, ont été apportés lors d'une séance de traitement et leur retour s'est effectué de la même façon que pour la première évaluation. Pour les patients traités par chimiothérapie, les protocoles ont été apportés et remplis au cours du traitement. Ce recueil de données nous permet une évaluation intermédiaire, ce qui nous paraît important pour connaître l'évolution précise dans le temps des variables étudiées.

#### **A la fin du traitement, T3 :**

- Soit 2 mois après le début du traitement pour les patients traités par radiothérapie ;

- Soit 6 mois après le début du traitement pour les patients traités par chimiothérapie.

Pour les patients traités par radiothérapie, les protocoles, pour eux et leur conjointe, ont été apportés 3 ou 4 jours avant la fin du traitement pour qu'ils puissent les remettre lors de la dernière séance. Pour les patients en chimiothérapie, la démarche a été la même que pour les évaluations précédentes, les protocoles ont été apportés et remplis au cours du traitement.

#### **4 mois après la fin du traitement, T4 :**

- Soit 6 mois après le début du traitement pour les patients traités par radiothérapie ;

- Soit 10 mois après le début du traitement pour les patients traités par chimiothérapie.

Les protocoles de cette dernière évaluation ont été transmis par voie postale, directement à leur domicile, avec une enveloppe timbrée pour le retour.

A chaque évaluation, ont été évaluées les mêmes variables :

- l'anxiété état, l'anxiété liée au cancer de la prostate, les symptômes dépressifs, la qualité de vie générale, la qualité de vie spécifique au cancer de la prostate, le soutien social, la qualité de la relation, l'ajustement dyadique et les stratégies de coping, ont été mesurés chez les patients,

- l'anxiété état, les symptômes dépressifs, la qualité de vie générale, la qualité de vie spécifique aux conjoints de patients atteints de cancer, le soutien social, la qualité de la relation, l'ajustement dyadique et les stratégies de coping, ont été mesurés chez les conjointes.

Les protocoles de recherche qui ont été proposés aux patients sont présentés dans l'annexes 2, et ceux proposés aux conjointes dans l'annexe 3.

### **III. Variables étudiées : Méthode d'évaluation et cotation**

Dans un souci de clarté, nous présentons, ci-dessous, la liste des variables étudiées, avec pour chacune, la validation éventuelle de l'échelle d'évaluation et la cotation.

#### **A. L'anxiété**

- L'échelle d'anxiété-état du State Trait Anxiety Inventory, STAI (Spielberger et al., 1983)

La validation de cette échelle auprès d'une population américaine a été effectuée par Spielberger et al. (1983) et validée chez des sujets français par Bruchon-Schweitzer et Paulhan (1993), qui a confirmé ses qualités psychométriques. Dans la population française, la validité de construit, éprouvée à partir des scores obtenus sur divers groupes (200 adultes professionnalisés, 310 étudiants, 109 lycéens 96 collégiens, 211 patients adultes ayant une maladie organique et 55 patients psychiatriques hospitalisés), est très satisfaisante. En effet, la structure factorielle du questionnaire est stable d'un groupe de sujets à l'autre. D'une façon générale, les femmes sont plus anxieuses que les hommes, ce que l'on ne retrouve pas dans la population américaine. La fidélité test-retest a été éprouvée dans une population de lycéens à qui ce questionnaire a été soumis à huit semaines d'intervalle ( $r = 0,71$  ;  $p < 0,05$  dans un contexte non stressant et  $r = 0,6$  ;  $p < 0,05$  dans un contexte stressant). Le coefficient de consistance interne, calculé chez 166 lycéens, est globalement satisfaisant ( $r = 0,77$  ;  $p < 0,05$ ). Les corrélations avec d'autres mesures de l'anxiété sont très élevées et

significatives (avec le Covi<sup>27</sup> :  $r = 0,45$  à  $0,75$  ; avec l'échelle d'anxiété de Cattell,  $r = 0,52$  à  $0,77$  ;  $p < 0,05$ ). De plus, il existe une forte corrélation avec la douleur perçue ( $r = 0,49$  ;  $p < 0,05$ ) et avec l'inadaptation à l'hospitalisation<sup>28</sup> ( $r = 0,54$  à  $0,75$  ;  $p < 0,05$ ). Dans notre population les alphas de Cronbach sont très satisfaisants :  $\alpha = 0,84$  pour les conjointes et  $\alpha = 0,90$  pour les patients. Nous avons donc choisi cette échelle en raison de ces bonnes qualités psychométriques et de sa relative rapidité de passation.

Cotation : Cette échelle évalue l'état anxieux du sujet au moment où ce dernier remplit le questionnaire. Elle comprend 20 items cotés à l'aide d'une échelle de Lickert

- 1 = non
- 2 = plutôt non
- 3 = plutôt oui
- 4 = oui

L'intervalle des scores s'étend de 20 à 80 ; un score faible à cette échelle traduisant une absence ou une faible présence de troubles anxieux et inversement un score élevé traduisant une forte présence de troubles anxieux.

- Le Memorial Anxiety Scale, MAS (Roth et al., 2003)

Cette échelle a été choisie car elle est spécifique au cancer de la prostate. Dans sa version américaine de Roth et al. (2003), le MAS est composé de 18 items qui composent un facteur général et 3 sous dimensions : l'anxiété liée au cancer, l'anxiété liée au test PSA et l'anxiété liée à la rechute. Ce questionnaire possède de bonnes qualités psychométriques puisque sa fidélité test-retest, à une semaine d'intervalle, est satisfaisante ( $r = 0,89$  pour le score total,  $r = 0,83$  pour la dimension anxiété liée au cancer de la prostate,  $r = 0,74$  pour la dimension anxiété liée au test PSA et  $r = 0,98$  pour la dimension anxiété liée à la rechute ;  $p < 0,05$ ) ainsi que ses coefficients alpha ( $\alpha = 0,89$  facteur général,  $\alpha = 0,90$  anxiété liée au cancer de la prostate,  $\alpha = 0,56$  pour l'anxiété liée au test PSA et  $\alpha = 0,82$  anxiété liée à la rechute). Les validités convergentes sont satisfaisantes puisqu'on observe des corrélations significatives entre les scores au HAD et ceux du MAS. Il en est de même pour les validités divergentes puisqu'on n'observe quasiment pas de corrélations significatives entre les scores du MAS et ceux de l'échelle de qualité de vie (Tableau 9).

---

<sup>27</sup> Le Covi est une échelle d'anxiété créée par Lipman et Covi en 1976, qui contient 3 items cotés de 1 à 5.

<sup>28</sup> L'inadaptation à l'hospitalisation est définie ici par des troubles comportementaux, émotionnels et cognitifs, évalués par les malades et par leurs soignants et regroupés en un facteur de non-ajustement.

Variables	Facteur total	Anxiété liée au cancer de la prostate	Anxiété liée au test PSA	Anxiété liée à la rechute
HADS <sup>29</sup> score total	0,52*	0,43	0,20*	0,53*
HADS anxiété	0,57*	0,51*	0,21*	0,50*
HADS dépression	0,31*	0,20*	0,12*	0,43*
Qualité de vie totale	-0,28*	-0,24*	-0,15	-0,40*
Fonctionnement urinaire	-0,06	-0,04	-0,05	-0,09
Qualité du sommeil	-0,20*	-0,15*	-0,06	-0,25*
Activités quotidiennes	0,06	0,06	0,05	0,14

**Tableau 9 : Validités convergentes et divergentes de la version américaine du Memorial Anxiety Scale de Roth et al. (2003)**

Même si cette validation est satisfaisante, nous avons souhaité vérifier sa structure factorielle, sur une population française de patients atteints d'un cancer de la prostate. Nous avons donc soumis les réponses de 183 patients (les 132 patients de notre étude plus 51 patients, en traitement à l'Institut Bergonié, n'ayant pas souhaité participer à l'étude mais qui ont accepté de remplir le protocole de validation du MAS), à une analyse en facteurs principaux. Les caractéristiques des patients ayant répondu à ce questionnaire sont présentées dans le tableau 10. On observe que la moyenne d'âge est de 67 ans (+/- 6,76) majorité des patients, que la majorité des patients a un niveau d'étude de type Cap/BEP (55,19%), est mariée (83,66%), a deux enfants (35,51%) et reçoit un traitement par radiothérapie (93,44%).

<sup>29</sup> HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

N = 183		Nombre	Pourcentage
Age	Moyenne	67,26	
	Ecart-type	6,76	
Niveau d'étude	Cap/BEP	101	55,19
	Baccalauréat	20	10,92
	Baccalauréat + 2	11	6,01
	Baccalauréat + 3	10	5,46
	Baccalauréat + 5 et plus	27	14,75
	Non renseigné	14	7,65
Situation familiale	Marié(e)	152	83,66
	Pacsé(e)	1	0,54
	Concubinage	19	10,38
	Célibataire	5	2,73
	Veuf	6	3,27
	Non renseigné	2	1,09
Nombre d'enfants	0	19	10,38
	1	39	21,31
	2	65	35,51
	3	38	10,76
	4	11	6,01
	5	3	1,63
	6	1	0,54
	8	2	1,09
	Non renseigné	5	2,73
Traitement	Chimiothérapie	12	6,55
	Radiothérapie	171	93,44

**Tableau 10 : Caractéristiques socio-démographiques de la population de validation de la version française du Memorial Anxiety Scale.**

Pour effectuer cette validation, nous avons réalisé une analyse en facteurs principaux (Tableau 11). L'analyse factorielle sans rotation varimax, des 18 items du questionnaire, ne retrouve pas de facteur principal mais uniquement les 3 dimensions identifiées dans la version américaine (facteurs se situant au dessus du point d'inflexion de la courbe des valeurs propres selon le scree-test de Cattell).

	Modèle à 18 items avant rotation		
	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
Pourcentage de variance expliquée	35,59	7,13	5,87
10/ j'ai peur que les résultats de mon test PSA indiquent que ma maladie s'aggrave	<b>0,72</b>	0,19	-0,04
6/ Je me sens somnolé/ hébété quand je pense au cancer	<b>0,71</b>	0,09	-0,06
11/ Entendre les mots « cancer de la prostate » me fait peur	<b>0,69</b>	0,17	-0,004
4/ A l'idée de faire le test PSA, cela me rend plus anxieux vis-à-vis de mon cancer	<b>0,67</b>	<b>0,38</b>	-0,02
17/ Je suis effrayé à l'idée que mon cancer ne s'aggrave	<b>-0,67</b>	0,21	0,12
18/ Je suis plus nerveux depuis que l'on a diagnostiqué mon cancer	<b>-0,64</b>	<b>0,35</b>	0,13
3/ chaque fois que j'entends un ami ou une personne ayant un cancer de la prostate, cela me rend plus anxieux vis-à-vis de mon cancer	<b>0,64</b>	0,22	-0,11
1/ Toute allusion au cancer me rappelle des émotions fortes	<b>0,64</b>	0,13	-0,26
7/ Je pense au cancer même si je n'en ai pas l'intention	<b>0,63</b>	-0,03	-0,18
2/ Même si c'est une très bonne idée, je pense avoir peur de faire le test PSA	<b>0,60</b>	<b>0,36</b>	0,007
12/ Je suis si anxieux au sujet de mon test PSA que j'ai pensé le différer	<b>0,58</b>	-0,02	0,50
8/ Je ressens beaucoup d'émotions au sujet de mon cancer, mais je ne veux pas m'en occuper	<b>0,55</b>	-0,08	-0,12
5/ Certaines choses me font systématiquement penser à mon cancer	<b>0,55</b>	0,08	-0,13
15/ Parce que le cancer est quelque chose d'imprévisible, j'ai le sentiment de ne pouvoir faire aucun projet d'avenir	<b>-0,49</b>	<b>0,58</b>	0,03
16/ La peur que j'ai vis-à-vis de l'aggravation de mon cancer m'empêche d'apprécier ma vie quotidienne	<b>-0,55</b>	<b>0,56</b>	-0,003
13/ Je suis si anxieux au sujet de mon test PSA que j'ai pensé à demander à mon médecin de le refaire	<b>0,50</b>	-0,04	<b>0,54</b>
14/ Je suis si inquiet au sujet des résultats de mon test PSA que j'ai pensé le refaire dans un autre laboratoire pour vérifier l'exactitude des résultats	0,29	0,07	<b>0,53</b>
9/ J'ai des difficultés à m'endormir parce que je n'arrive pas à penser à autre chose que mon cancer.	<b>0,33</b>	-0,10	0,16

**Tableau 11 : Saturations des 18 items du MAS suite à l'analyse factorielle sans rotation varimax**

Etant donné que nous observons que certains items (items 2, 4, 13, 15, 16 et 18), se projettent sur plusieurs facteurs, nous avons effectué une seconde analyse factorielle, avec une rotation varimax, à partir de cette solution factorielle, ce qui permet une simplification de la matrice de la saturation, avec une maximisation des coordonnées des variables sur un seul facteur et une minimisation sur les autres. L'analyse permet de confirmer la présence de trois facteurs et les saturations des items (Tableau 12).

	Modèle à 18 items après rotation		
	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
Pourcentage de variance expliquée	24,03	14,54	10,03
4/ A l'idée de faire le test PSA, cela me rend plus anxieux vis-à-vis de mon cancer	<b>0,73</b>	0,02	0,24
10/ J'ai peur que les résultats de mon test PSA indiquent que ma maladie s'aggrave	<b>0,68</b>	0,21	0,23
3/ Chaque fois que j'entends un ami ou une personne ayant un cancer de la prostate, cela me rend plus anxieux vis-à-vis de mon cancer	<b>0,66</b>	0,15	0,14
2/ Même si c'est une très bonne idée, je pense avoir peur de faire le test PSA	<b>0,65</b>	0,002	0,24
1/ Toute allusion au cancer me rappelle des émotions fortes	<b>0,65</b>	0,26	0,004
11/ Entendre les mots « cancer de la prostate » me fait peur	<b>0,63</b>	0,21	0,26
6/ Je me sens sonné/ hébété quand je pense au cancer	<b>0,62</b>	0,29	0,20
7/ Je pense au cancer même si je n'en ai pas l'intention	<b>0,54</b>	<b>0,38</b>	0,06
5/ Certaines choses me font systématiquement penser à mon cancer	<b>0,51</b>	0,23	0,08
8/ Je ressens beaucoup d'émotions au sujet de mon cancer, mais je ne veux pas m'en occuper	<b>0,42</b>	<b>0,37</b>	0,09
13/ Je suis si anxieux au sujet de mon test PSA que j'ai pensé à demander à mon médecin de le refaire	0,18	0,20	<b>0,69</b>
12/ Je suis si anxieux au sujet de mon test PSA que j'ai pensé le différer	0,27	0,23	<b>0,68</b>
14/ Je suis si inquiet au sujet des résultats de mon test PSA que j'ai pensé le refaire dans un autre laboratoire pour vérifier l'exactitude des résultats	0,08	-0,002	<b>0,60</b>
16/ La peur que j'ai vis-à-vis de l'aggravation de mon cancer m'empêche d'apprécier ma vie quotidienne	-0,12	<b>-0,75</b>	-0,18
15/ Parce que le cancer est quelque chose d'imprévisible, j'ai le sentiment de ne pouvoir faire aucun projet d'avenir	-0,08	<b>-0,75</b>	-0,13
18/ Je suis plus nerveux depuis que l'on a diagnostiqué mon cancer	-0,35	<b>-0,65</b>	-0,10
17/ Je suis effrayé à l'idée que mon cancer ne s'aggrave	<b>-0,44</b>	<b>-0,54</b>	-0,12
9/ J'ai des difficultés à m'endormir parce que je n'arrive pas à penser à autre chose que mon cancer.	0,15	0,23	0,27

**Tableau 12 : Saturations des 18 items du MAS suite à l'analyse factorielle avec rotation varimax**

Malgré la rotation varimax, certains items se projettent toujours sur plusieurs facteurs (item 17) ou sur aucun (items 8 et 9). Nous avons donc choisi d'effectuer une seconde analyse factorielle en excluant ces items (Tableau 13). L'analyse factorielle sans rotation varimax, des 15 items du questionnaire, ne retrouve pas non plus de facteur principal mais uniquement les 3 dimensions identifiées dans la version américaine.

	Modèle à 15 items avant rotation		
	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
Pourcentage de variance expliquée	36,85	8,03	6,57
10/ j'ai peur que les résultats de mon test PSA indiquent que ma maladie s'aggrave	<b>0,73</b>	0,17	-0,02
6/ Je me sens sonné/ hébété quand je pense au cancer	<b>0,70</b>	0,07	-0,06
11/ Entendre les mots « cancer de la prostate » me fait peur	<b>0,70</b>	0,13	-0,01
4/ A l'idée de faire le test PSA, cela me rend plus anxieux vis-à-vis de mon cancer	<b>0,69</b>	<b>0,34</b>	0,02
18/ Je suis plus nerveux depuis que l'on a diagnostiqué mon cancer	<b>-0,62</b>	<b>0,37</b>	0,18
3/ chaque fois que j'entends un ami ou une personne ayant un cancer de la prostate, cela me rend plus anxieux vis à vis de mon cancer	<b>0,66</b>	0,19	-0,11
1/ Toute allusion au cancer me rappelle des émotions fortes	<b>0,63</b>	0,14	-0,27
7/ Je pense au cancer même si je n'en ai pas l'intention	<b>0,62</b>	-0,02	-0,21
2/ Même si c'est une très bonne idée, je pense avoir peur de faire le test PSA	<b>0,62</b>	<b>0,31</b>	0,04
12/ Je suis si anxieux au sujet de mo test PSA que j'ai pensé le différer	<b>0,60</b>	-0,13	<b>0,46</b>
5/ Certaines choses me font systématiquement penser à mon cancer	<b>0,54</b>	0,08	-0,15
15/ Parce que le cancer est quelque chose d'imprévisible, j'ai le sentiment de ne pouvoir faire aucun projet d'avenir	<b>-0,45</b>	<b>0,58</b>	0,11
16/ La peur que j'ai vis-à-vis de l'aggravation de mon cancer m'empêche d'apprécier ma vie quotidienne	<b>-0,55</b>	<b>0,59</b>	0,07
13/ Je suis si anxieux au sujet de mon test PSA que j'ai pensé à demander à mon médecin de le refaire	<b>0,50</b>	-0,12	<b>0,52</b>
14/ Je suis si inquiet au sujet des résultats de mon test PSA que j'ai pensé le refaire dans un autre laboratoire pour vérifier l'exactitude des résultats	<b>0,30</b>	-0,003	<b>0,52</b>

**Tableau 13 : Saturations des 15 items du MAS suite à l'analyse factorielle sans rotation varimax**

Nous observons que certains items se projettent toujours sur plusieurs facteurs (items 2, 4, 12, 13, 14, 15 et 16 et 18). Par conséquent, nous faisons à nouveau une analyse factorielle avec une rotation varimax (Tableau 14).

	Modèle à 15 items après rotation		
	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
Pourcentage de variance expliquée	26,89	13,46	11,10
4/ A l'idée de faire le test PSA, cela me rend plus anxieux vis-à-vis de mon cancer	<b>0,72</b>	-0,003	0,26
10/ J'ai peur que les résultats de mon test PSA indiquent que ma maladie s'aggrave	<b>0,68</b>	-0,17	0,24
3/ Chaque fois que j'entends un ami ou une personne ayant un cancer de la prostate, cela me rend plus anxieux vis à vis de mon cancer	<b>0,67</b>	-0,14	0,13
2/ Même si c'est une très bonne idée, je pense avoir peur de faire le test PSA	<b>0,64</b>	0,01	0,26
1/ Toute allusion au cancer me rappelle des émotions fortes	<b>0,67</b>	-0,21	-0,01
11/ Entendre les mots « cancer de la prostate » me fait peur	<b>0,64</b>	-0,20	0,25
6/ Je me sens sonné/ hébété quand je pense au cancer	<b>0,62</b>	-0,26	0,20
7/ Je pense au cancer même si je n'en ai pas l'intention	<b>0,55</b>	<b>-0,35</b>	0,04
5/ Certaines choses me font systématiquement penser à mon cancer	<b>0,53</b>	-0,20	0,06
13/ Je suis si anxieux au sujet de mon test PSA que j'ai pensé à demander à mon médecin de le refaire	0,19	-0,19	<b>0,68</b>
12/ Je suis si anxieux au sujet de mon test PSA que j'ai pensé le différer	0,28	-0,28	<b>0,67</b>
14/ Je suis si inquiet au sujet des résultats de mon test PSA que j'ai pensé le refaire dans un autre laboratoire pour vérifier l'exactitude des résultats	0,08	-0,004	<b>0,59</b>
16/ La peur que j'ai vis-à-vis de l'aggravation de mon cancer m'empêche d'apprécier ma vie quotidienne	-0,15	<b>0,76</b>	-0,17
15/ Parce que le cancer est quelque chose d'imprévisible, j'ai le sentiment de ne pouvoir faire aucun projet d'avenir	-0,11	<b>0,73</b>	-0,11
18/ Je suis plus nerveux depuis que l'on a diagnostiqué mon cancer	<b>-0,37</b>	<b>0,64</b>	-0,09

**Tableau 14 : Saturations des 15 items du MAS suite à l'analyse factorielle avec rotation varimax**

Nous retenons donc la solution du modèle à 15 items où les items 8, 9 et 17 ont été écartés, car cette analyse factorielle avec rotation varimax donne des résultats satisfaisants. Même si certains items se projettent sur deux facteurs, la différence entre les deux saturations ne laisse aucun doute sur l'appartenance de ces items au facteur sur lequel ils se projettent fortement.

En conclusion, les facteurs correspondent bien aux sous échelles que Roth et al. (2003) ont observé dans leur validation. Le facteur 1 représente l'anxiété liée au cancer de la prostate, le facteur 2 à l'anxiété liée à la rechute et le facteur 3 à l'anxiété liée au test PSA. Ces facteurs expliquent respectivement 26,89%, 13,46% et 11,10% de la variance, soit

51,45% de la variance totale. Les moyennes, écart-types et alphas de Cronbach de cette échelle sont présentés dans le tableau 15.

	Moyenne	Ecart-type	Alpha de Cronbach
Facteur1	7,17	6,12	0,88
Facteur 2	6,01	2,30	0,80
Facteur 3	0,54	1,36	0,72

**Tableau 15 : Moyennes, écarts-types et alpha de Cronbach de la validation française du Memorial Anxiety Scale de Roth et al. (2003)**

Cette solution factorielle auprès d'une population de patients français est similaire à la version américaine. Même si l'on ne retrouve pas de facteur global, les 3 dimensions sont présentes malgré la perte de 3 items.

Cotation : chaque item est coté à l'aide d'une échelle de Lickert

- Les items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13 et 14 sont cotés :
  - 0 = pas de tout
  - 1 = rarement
  - 2 = parfois
  - 3 = souvent
- Les items 15, 16 et 18
  - 3 = tout à fait d'accord
  - 2 = d'accord
  - 1 = pas d'accord
  - 0 = pas du tout d'accord

Le score au facteur 1 varie entre 0 et 27 et ceux du facteur 2 et 3 entre 0 et 9. Des scores importants aux facteurs indiquent une forte anxiété liée au cancer de la prostate, une forte anxiété liée au test PSA et une forte anxiété liée à la rechute.

## **B. La dépression**

- La Center Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D (Radloff, 1977)

Cette échelle a été validée sur une population américaine par Radloff (1977, 1986), puis chez des sujets français par Fuhrer et Rouillon (1989). Elle a été choisie en raison de ces bonnes qualités psychométriques. La consistance interne de l'échelle est élevée dans la population générale ( $\alpha = 0,85$ ) et chez les patients psychiatriques ( $\alpha = 0,90$ ). Comme cela est prévisible avec des échelles sensibles à l'état dépressif actuel, les corrélations test-retest sont moins élevées mais sont cependant de l'ordre de 0,45 à 0,70, et diminuent avec

l'allongement de la période de temps séparant les deux passations. Plusieurs études ont analysé la validité concourante de la CES-D. Comparativement à d'autres échelles de dépression, donc au plan dimensionnel, les corrélations sont satisfaisantes. Dans l'étude de Weissman et al. (1977), les coefficients de corrélation de la CES-D variaient de 0,73 à 0,89 avec la sous-échelle de dépression de la SCL-90, selon les groupes de patients, de 0,49 à 0,85 avec l'échelle de Hamilton et de 0,28 à 0,79 avec l'échelle de Raskin. Dans une autre étude portant sur des déprimés ambulatoires, Weissman et al. (1975) ont retrouvé une corrélation de 0,72 avec l'échelle de Zung et de 0,52 avec l'échelle de Beck avant traitement et, respectivement, de 0,90 et 0,81 en fin de traitement. Les études de validation de la version française ont été réalisées chez des malades mentaux psychiatriques en ambulatoire et en médecine générale (Fuhrer et Rouillon, 1989). Dans notre population les alphas de Cronbach sont très satisfaisants :  $\alpha = 0,91$  pour les conjointes et  $\alpha = 0,87$  pour les patients.

Cotation : L'échelle évalue l'état du sujet au cours des 7 derniers jours. La fréquence de survenue des symptômes est mesurée à l'aide d'une échelle de Lickert :

- jamais ou très rarement (moins d'un jour : 0),
- occasionnellement (1 à 2 jours : 1),
- assez souvent (3 à 4 jours : 2)
- fréquemment (5 à 7 jours : 3).

L'intervalle des notes s'étend de 0 à 60, les scores les plus élevés correspondant à la présence d'une symptomatologie plus sévère. Radloff (1977, 1986) a proposé une note-seuil de 16 ou plus, témoignant d'une symptomatologie dépressive élevée. Ce score a été retenu dans la grande majorité des études. Cependant, dans des travaux de validation de la version française de cette échelle, Fuhrer et Rouillon (1989) suggèrent de retenir une note-seuil de 17 pour les hommes et de 23 pour les femmes. Si l'on adopte ces scores, la sensibilité est de 0,76 et la spécificité de 0,71. Le seuil de l'instrument peut être ajusté pour atteindre un niveau optimal de sensibilité et de spécificité.

### **C. La qualité de vie**

- Le Medical Outcome Study Short Form, MOS SF-12

Cette échelle a été choisie pour sa facilité et rapidité de passation ainsi que pour ses qualités psychométriques. L'échelle SF-12 a été construite et validée en français par Gandek et al. (1998) à partir de l'échelle Medical Outcome Study Short Form SF-36 (Ware et al., 1996). L'étude de choix et de validation des items a été effectuée auprès de 2743 personnes en France, dans le cadre d'une étude européenne (réalisée dans 9 pays et auprès de 9000

personnes). Le SF-12 permet d'obtenir deux scores : un score santé mentale et un score de santé physique. La corrélation entre santé physique du SF-36 et du SF-12 est égale à 0,94 et celle entre la santé mentale de ces 2 questionnaires est égale à 0,96. Le SF-12 explique 94 % de la variance du SF-36. Les moyennes et écarts-types, dans la population générale, des deux scores sont de 51,2 et 7,4 pour la santé physique et de 48,4 et 9,4 pour la santé mentale. Cette étude a aussi permis de mettre en évidence des différences en fonction de l'âge et de les valider (Tableau 16).

Age	N	Santé physique	Santé mentale
18-44	1508	52,9 (6,0)	48,4 (9,5)
45-64	763	49,4 (8,0)	48,6 (9,4)
65-74	472	45,7 (9,0)	48,3 (9,2)

**Tableau 16 : Moyennes et écarts-types de la composante physique et de la composante mentale du SF-12 en fonction de l'âge.**

Cotation : L'échelle évalue la santé physique et mentale au cours des 4 dernières semaines. La cotation de ce questionnaire se fait à l'aide du logiciel de cotation disponible sur le site <http://www.iqola.org/>. Un score élevé sur l'échelle de santé physique ou mentale correspond à une bonne santé physique ou mentale.

- Le Functional Assessment of Cancer Therapy – Prostate, FACT-P (Cella, 1993)

Ce questionnaire a été choisi car il prend en compte à la fois la qualité de vie générale et la qualité de vie spécifique au cancer de la prostate et qu'il répond aux critères de validation. Ce questionnaire est issu du travail du Professeur Cella (1993, 1997) qui s'est donnée pour mission « de manager la distribution et l'information de l'administration, la cotation et l'interprétation des scores des questionnaires mesurant la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ». Cella (1993, 1997) a développé le Functional Assessment of Cancer Therapy – General (Fact-G), validé dans de nombreuses langues et cultures, et actualisé régulièrement. Différents modules complémentaires spécifiques à différentes pathologies ont été créés et validés dans plusieurs langues. Actuellement, la 4<sup>e</sup> version du Fact-G a été validée par Cella (1997) (<http://www.facit.org/>).

Les alphas de Cronbach de notre population sont satisfaisants (Tableau 17).

	Alpha de Cronbach
Bien-être physique	0,70
Bien-être social	0,85
Bien-être émotionnel	0,65
Bien-être fonctionnel	0,89
Inquiétude et symptômes liés au cancer de la prostate	0,71
Fact-G	0,86
Fact-P	0,87
Trial Outcome Index	0,88

**Tableau 17 : Alpha de Cronbach de la population d'étude au FACT-P de Cella (1993, 1997).**

Ce questionnaire mesure différentes dimensions de la qualité de vie : le bien-être physique, émotionnel, social et fonctionnel, et les symptômes et inquiétudes liés au cancer de la prostate.

A partir de ces dimensions, il est possible d'obtenir les scores de 3 échelles de qualité de vie :

- Le Trial Outcome Index qui regroupe les scores du bien-être physique, fonctionnel et des symptômes et inquiétudes liés au cancer de la prostate
- Le Fact-G qui regroupe les scores du bien-être physique, social, émotionnel et fonctionnel
- Le Fact-P qui regroupe les scores de toutes les dimensions

(Ces trois scores ne seront pas utilisés au cours de cette étude afin de privilégier les dimensions citées ci-dessus).

Cotation : Chaque item est coté sur une échelle de Lickert :

0 = pas du tout

1 = un peu

2 = moyennement

3 = beaucoup

4 = énormément

Les scores des dimensions du bien-être physique, social et fonctionnel varient entre 0 et 28, celui du bien-être émotionnel entre 0 et 24 et celui des symptômes et inquiétudes liés au cancer de la prostate entre 0 et 48. Un score élevé aux différents bien-être correspond à une estimation satisfaisante de la dimension et un score élevé à la dimension relative aux symptômes et inquiétudes liés au cancer de la prostate correspond à l'absence de ces symptômes et inquiétudes. Enfin, le score du TOI varie entre 0 et 104, le score du FACT-G

entre 0 et 108 et celui du FACT-P varie entre 0 et 156. Un score élevé à chacune de ces échelles correspond à une qualité de vie satisfaisante.

- Le Caregiver Quality of Life Index-Cancer, CQOLC (Weitzner et al., 1999).

Cette échelle a été choisie car elle est une des rares à s'intéresser à la qualité de vie des aidants de patients atteints de cancer. Dans sa version américaine de Weitzner et al. (1999), le CQOLC est composé de 35 items et possède de bonnes qualités psychométriques puisque sa fidélité test-retest est satisfaisante ( $r = 0,95$  ;  $p > 0,0001$ ) et que l'alpha de Cronbach est égal à ,91. Les validités convergentes et divergentes sont elles aussi satisfaisantes (Tableau 18).

	CQOLC
<b>Mesures de la validité convergente</b>	
SF-36	
Vitalité	0,49**
Fonctionnement social	0,50**
Emotion	0,49**
Santé mentale	0,61**
Composante mentale	0,65**
Fonctionnement physique	0,24*
Activité	0,29**
Douleurs corporelles	0,21*
Santé générale	0,37**
Composante physique	0,13
BDI <sup>30</sup>	- 0,50**
STAI Etat	- 0,52**
CBS <sup>31</sup>	- 0,65**
<b>Mesures de la validité divergente</b>	
MSPSS <sup>32</sup>	0,20*
MCSDS <sup>33</sup>	0,08

**Tableau 18 : Validités convergentes et divergentes du CQOLC d'après Weitzner et al. (1999)**

\* $p < 0.001$ ; \*\* $p < 0.0001$ .

Même si la validation de cette échelle est recevable, nous avons souhaité vérifier sa structure factorielle sur une population, composée exclusivement de conjoint(e)s français(e)s de patient(e)s atteints de cancer. Nous avons soumis les réponses de 255 conjoint(e)s de patient(e)s atteints de cancers divers, à une analyse en facteurs principaux. Les

<sup>30</sup> BDI : Beck Depression Inventory (Beck et al., 1967)

<sup>31</sup> CBS : Caregiver's burden scale (Zarit et al., 1980)

<sup>32</sup> MSPSS : Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet et al., 1988)

<sup>33</sup> Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (Crowne et Marlowe, 1960)

caractéristiques des personnes ayant répondu à ce questionnaire sont présentées dans le tableau 19. On observe que la moyenne d'âge est de 54 ans (+/-12,61). La majorité de ces conjoints est féminine (65,50%), a un niveau d'étude de type Cap/BEP (60,10%), est mariée (87,05%) et à deux enfants (34,90%).

N = 255		Nombre	Pourcentage
Sexe	hommes	88	34,50
	femmes	167	65,50
Age	Moyenne	54,73	
	Ecart-type	12,61	
Niveau d'étude	Cap/BEP	110	60,10
	Baccalauréat	42	16,47
	Baccalauréat + 2	28	10,98
	Baccalauréat + 3	24	9,41
	Baccalauréat + 5 et plus	34	13,33
	Non renseigné	17	6,66
Situation familiale	Marié(e)	222	87,05
	Pacsé(e)	2	0,78
	Concubinage	28	10,98
	Non renseigné	3	1,17
Nombre d'enfants	0	27	10,58
	1	55	21,56
	2	89	34,90
	3	51	20
	4	12	4,70
	5	5	1,96
	6	2	0,78
	8	1	0,39
	Non renseigné	13	5,09

**Tableau 19 : Caractéristiques des personnes ayant répondu au CQOLC**

Pour effectuer cette validation, nous avons réalisé une analyse en facteurs principaux (Tableau 20). L'analyse factorielle sans rotation varimax, des 35 items du questionnaire, a permis d'obtenir 3 facteurs (se situant au dessus du point d'inflexion de la courbe des valeurs propres selon le scree-test de Cattell).

A la lecture de ce tableau, nous pouvons d'ores et déjà identifier un facteur de qualité de vie générale (Facteur 1), un facteur de communication (Facteur 2) et un facteur de soutien social (Facteur 3).

	Modèle à 35 items avant rotation		
	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
Pourcentage de variance expliquée	29,34	5,99	3,87
14/ Je me sens triste	<b>0,79</b>	-0,11	0,07
13/ Ca me tracasse de limiter mon attention, mes intérêts au jour le jour	<b>0,77</b>	-0,15	-0,04
33/ Je suis découragée au sujet du futur	<b>0,77</b>	0,001	-0,04
11/ Mon niveau de stress et d'inquiétude a augmenté	<b>0,76</b>	0,11	0,10
1/ Ca me tracasse qu'il y ait des changements dans ma vie quotidienne	<b>0,74</b>	-0,13	0,13
19/ Je me sens nerveuse	<b>0,73</b>	-0,01	0,10
32/ Le besoin de gérer la douleur de mon mari me bouleverse	<b>0,71</b>	0,10	-0,13
9/ Je crains que mon mari ne meure	<b>0,66</b>	0,23	-0,03
29/ Ca me tracasse que mes priorités aient changé	<b>0,65</b>	-0,20	0,26
5/ C'est un défi que de maintenir mes loisirs, activités extérieures	<b>0,65</b>	-0,07	0,04
18/ Je me sens frustrée	<b>0,64</b>	-0,18	0,09
2/ Mon sommeil est moins reposant	<b>0,62</b>	-0,04	0,14
15/ Je me sens surmenée	<b>0,60</b>	-0,11	-0,002
31/ Ca me bouleverse de voir l'état de mon mari s'aggraver	<b>0,60</b>	0,16	-0,12
26/ La responsabilité que j'ai de mon mari à la maison m'accable	<b>0,57</b>	-,16	-0,10
20/ Je suis inquiète de l'impact de la maladie de mon mari sur mes enfants et les autres membres de la famille	<b>0,57</b>	0,13	0,04
8/ Mon futur économique est incertain	<b>0,55</b>	0,01	-0,15
3/ Ma vie quotidienne ne se fait qu'en fonction du cancer de mon mari	<b>0,55</b>	0,06	0,04
21/ J'ai des difficultés à gérer le changement des habitudes alimentaires de mon mari	<b>0,54</b>	-0,05	0,08
6/ J'ai des difficultés financières	<b>0,54</b>	-0,04	-0,20
25/ Je redoute les effets secondaires que le traitement de mon mari auront	<b>0,53</b>	0,17	0,04
30/ Le besoin de protéger mon mari me tracasse	<b>0,50</b>	-0,08	0,06
17/ Je me sens coupable	<b>0,48</b>	-0,14	0,01
7/ je suis préoccupée par notre couverture sociale / notre assurance maladie	<b>0,38</b>	0,01	-0,11
12/ Mon sens de la spiritualité a augmenté	<b>0,34</b>	0,28	-0,17
24/ Ca me tracasse de devoir être le chauffeur de mon mari pour ses rendez-vous	<b>0,34</b>	-0,07	0,10
35/ Ca me tracasse que les autres membres de ma famille n'aient montré aucun intérêt à prendre soin de mon mari	<b>0,45</b>	0,10	<b>-0,41</b>
34/ Je suis satisfaite du soutien que m'apporte ma famille	-0,10	0,25	<b>0,65</b>
16/ J'obtiens le soutien de mes amis et voisins	0,03	0,23	<b>0,57</b>
28/ La communication familiale a augmenté	0,14	<b>0,69</b>	0,08
22/ J'ai développé une relation plus intime avec mon mari	0,21	<b>0,63</b>	-0,06
27/ Je suis contente que mon attention se centre sur mon mari	0,11	<b>0,55</b>	-0,01
10/ J'ai des perspectives plus positives sur la vie depuis la maladie de mon mari	0,07	<b>0,39</b>	-0,17
4/ Je suis satisfaite de ma vie sexuelle	-0,15	<b>0,38</b>	-0,16
23/ Je me sens suffisamment informée à propos de la maladie de mon mari	-0,19	0,15	0,15

**Tableau 20 : Saturations des 35 items du CQOLC suite à l'analyse factorielle sans rotation varimax**

Cependant, nous observons que l'item 23 n'est saturé sur aucun facteur et que l'item 35 l'est sur 2 facteurs. Par conséquent, nous effectuons une seconde analyse factorielle

avec rotation varimax ce qui permet une simplification de la matrice de la saturation avec une maximisation des coordonnées des variables sur un seul facteur et une minimisation sur les autres. (Tableau 21).

	Modèle à 35 items après rotation		
	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
Pourcentage de variance expliquée	28,20	6,52	4,47
14/ Je me sens triste	<b>0,80</b>	0,003	0,06
13/ Ca me tracasse de limiter mon attention, mes intérêts au jour le jour	<b>0,77</b>	-0,003	0,18
11/ Mon niveau de stress et d'inquiétude a augmenté	<b>0,75</b>	0,21	-0,02
33/ Je suis découragée au sujet du futur	<b>0,74</b>	0,14	0,14
19/ Je me sens nerveuse	<b>0,73</b>	0,08	-0,001
1/ Ca me tracasse qu'il y ait des changements dans ma vie quotidienne	<b>0,71</b>	0,03	0,003
29/ Ca me tracasse que mes priorités aient changé	<b>0,71</b>	-0,15	-0,10
18/ Je me sens frustrée	<b>0,67</b>	-0,08	0,04
32/ Le besoin de gérer la douleur de mon mari me bouleverse	<b>0,66</b>	0,24	0,17
5/ C'est un défi que de maintenir mes loisirs, activités extérieures	<b>0,65</b>	0,02	0,06
2/ Mon sommeil est moins reposant	<b>0,63</b>	0,02	-0,04
9/ Je crains que mon mari ne meure	<b>0,61</b>	<b>0,34</b>	0,06
15/ Je me sens surmenée	<b>0,61</b>	-0,01	0,11
26/ La responsabilité que j'ai de mon mari à la maison m'accable	<b>0,58</b>	-0,02	0,22
20/ Je suis inquiète de l'impact de la maladie de mon mari sur mes enfants et les autres membres de la famille	<b>0,55</b>	0,21	-0,001
21/ J'ai des difficultés à gérer le changement des habitudes alimentaires de mon mari	<b>0,55</b>	0,01	0,004
3/ Ma vie quotidienne ne se fait qu'en fonction du cancer de mon mari	<b>0,54</b>	0,14	0,009
31/ Ca me bouleverse de voir l'état de mon mari s'aggraver	<b>0,54</b>	0,28	0,15
8/ Mon futur économique est incertain	<b>0,51</b>	0,14	0,21
30/ Le besoin de protéger mon mari me tracasse	<b>0,51</b>	-0,01	0,03
25/ Je redoute les effets secondaires que le traitement de mon mari auront	<b>0,50</b>	0,24	-0,01
17/ Je me sens coupable	<b>0,49</b>	-0,05	0,08
6/ J'ai des difficultés financières	<b>0,49</b>	0,09	0,28
7/ je suis préoccupée par notre couverture sociale / notre assurance maladie	<b>0,35</b>	0,11	0,15
24/ Ca me tracasse de devoir être le chauffeur de mon mari pour ses rendez-vous	<b>0,33</b>	-0,04	-0,03
35/ Ca me tracasse que les autres membres de ma famille n'aient montré aucun intérêt à prendre soin de mon mari	<b>0,35</b>	0,27	<b>0,43</b>
34/ Je suis satisfaite du soutien que m'apporte ma famille	-0,02	0,06	<b>-0,70</b>
16/ J'obtiens le soutien de mes amis et voisins	0,09	0,09	<b>-0,60</b>
28/ La communication familiale a augmenté	0,06	<b>0,66</b>	-0,24
22/ J'ai développé une relation plus intime avec mon mari	0,11	<b>0,65</b>	-0,07
27/ Je suis contente que mon attention se centre sur mon mari	0,03	<b>0,55</b>	-0,11
10/ J'ai des perspectives plus positives sur la vie depuis la maladie de mon mari	-0,005	<b>0,43</b>	0,07
4/ Je suis satisfaite de ma vie sexuelle	-0,23	<b>0,37</b>	0,03
12/ Mon sens de la spiritualité a augmenté	0,26	<b>0,37</b>	0,14
23/ Je me sens suffisamment informée à propos de la maladie de mon mari	-0,18	0,08	-0,211

**Tableau 21 : Saturations des 35 items du CQOLC suite à l'analyse factorielle avec rotation varimax.**

Malgré la rotation varimax, l'item 23 ne se projette sur aucun facteur. Nous avons donc choisi de refaire une analyse factorielle en excluant cet item (Tableau 22).

	Modèle à 34 items avant rotation		
	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
<b>Pourcentage de variance expliquée</b>	<b>30,10</b>	<b>6,07</b>	<b>3,99</b>
14/ Je me sens triste	<b>0,79</b>	-0,125	0,05
13/ Ca me tracasse de limiter mon attention, mes intérêts au jour le jour	<b>0,77</b>	-0,15	-0,07
33/ Je suis découragée au sujet du futur	<b>0,77</b>	0,004	-0,04
11/ Mon niveau de stress et d'inquiétude a augmenté	<b>0,76</b>	0,11	0,12
1/ Ca me tracasse qu'il y ait des changements dans ma vie quotidienne	<b>0,74</b>	-0,13	0,10
19/ Je me sens nerveuse	<b>0,73</b>	-0,01	0,10
32/ Le besoin de gérer la douleur de mon mari me bouleverse	<b>0,71</b>	0,10	-0,09
9/ Je crains que mon mari ne meure	<b>0,66</b>	0,24	-0,02
29/ Ca me tracasse que mes priorités aient changé	<b>0,65</b>	-0,23	0,23
5/ C'est un défi que de maintenir mes loisirs, activités extérieures	<b>0,65</b>	0,08	0,02
18/ Je me sens frustrée	<b>0,64</b>	-0,18	0,08
2/ Mon sommeil est moins reposant	<b>0,62</b>	-0,04	0,13
15/ Je me sens surmenée	<b>0,60</b>	-0,11	-0,003
31/ Ca me bouleverse de voir l'état de mon mari s'aggraver	<b>0,60</b>	0,18	-0,09
26/ La responsabilité que j'ai de mon mari à la maison m'accable	<b>0,59</b>	-0,16	-0,13
20/ Je suis inquiète de l'impact de la maladie de mon mari sur mes enfants et les autres membres de la famille	<b>0,58</b>	0,13	0,06
8/ Mon futur économique est incertain	<b>0,56</b>	0,01	-0,15
3/ Ma vie quotidienne ne se fait qu'en fonction du cancer de mon mari	<b>0,55</b>	0,05	0,04
21/ J'ai des difficultés à gérer le changement des habitudes alimentaires de mon mari	<b>0,54</b>	-0,06	0,08
6/ J'ai des difficultés financières	<b>0,54</b>	-0,04	-0,21
25/ Je redoute les effets secondaires que le traitement de mon mari auront	<b>0,53</b>	0,16	0,06
30/ Le besoin de protéger mon mari me tracasse	<b>0,51</b>	-0,09	0,06
17/ Je me sens coupable	<b>0,48</b>	-0,14	0,009
7/ je suis préoccupée par notre couverture sociale / notre assurance maladie	<b>0,38</b>	0,02	-0,09
12/ Mon sens de la spiritualité a augmenté	<b>0,34</b>	0,29	-0,17
24/ Ca me tracasse de devoir être le chauffeur de mon mari pour ses rendez-vous	<b>0,31</b>	-0,09	0,08
35/ Ca me tracasse que les autres membres de ma famille n'aient montré aucun intérêt à prendre soin de mon mari	<b>0,34</b>	0,13	<b>-0,42</b>
34/ Je suis satisfaite du soutien que m'apporte ma famille	-0,09	0,19	<b>0,66</b>
16/ J'obtiens le soutien de mes amis et voisins	-0,04	0,18	<b>0,59</b>
28/ La communication familiale a augmenté	0,14	<b>0,68</b>	0,14
22/ J'ai développé une relation plus intime avec mon mari	0,20	<b>0,62</b>	-0,04
27/ Je suis contente que mon attention se centre sur mon mari	0,11	<b>0,55</b>	-0,004
10/ J'ai des perspectives plus positives sur la vie depuis la maladie de mon mari	0,07	<b>0,41</b>	-0,15
4/ Je suis satisfaite de ma vie sexuelle	-0,15	<b>0,39</b>	-0,15

**Tableau 22 : Saturations des 34 items du CQOLC suite à l'analyse factorielle sans rotation varimax.**

Nous observons que là encore, l'item 35 se projette sur 2 facteurs. Nous effectuons donc une analyse factorielle avec rotation varimax (Tableau 23).

	Modèle à 34 items après rotation		
	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
Pourcentage de variance expliquée	29,22	6,67	4,27
14/ Je me sens triste	<b>0,80</b>	0,0004	0,03
13/ Ca me tracasse de limiter mon attention, mes intérêts au jour le jour	<b>0,77</b>	-0,008	0,16
11/ Mon niveau de stress et d'inquiétude a augmenté	<b>0,75</b>	0,22	-0,07
33/ Je suis découragée au sujet du futur	<b>0,75</b>	0,13	0,11
19/ Je me sens nerveuse	<b>0,73</b>	0,08	-0,03
1/ Ca me tracasse qu'il y ait des changements dans ma vie quotidienne	<b>0,76</b>	-0,02	-0,01
29/ Ca me tracasse que mes priorités aient changé	<b>0,70</b>	-0,15	-0,13
18/ Je me sens frustrée	<b>0,67</b>	-0,08	-0,007
32/ Le besoin de gérer la douleur de mon mari me bouleverse	<b>0,67</b>	0,23	0,14
5/ C'est un défi que de maintenir mes loisirs, activités extérieures	<b>0,65</b>	0,02	0,04
2/ Mon sommeil est moins reposant	<b>0,63</b>	0,03	-0,06
9/ Je crains que mon mari ne meure	<b>0,61</b>	0,35	0,04
15/ Je me sens surmenée	<b>0,61</b>	-0,007	0,07
26/ La responsabilité que j'ai de mon mari à la maison m'accable	<b>0,59</b>	-0,04	0,21
20/ Je suis inquiète de l'impact de la maladie de mon mari sur mes enfants et les autres membres de la famille	<b>0,55</b>	0,21	-0,03
21/ J'ai des difficultés à gérer le changement des habitudes alimentaires de mon mari	<b>0,55</b>	0,01	-0,02
3/ Ma vie quotidienne ne se fait qu'en fonction du cancer de mon mari	<b>0,54</b>	0,13	-0,21
31/ Ca me bouleverse de voir l'état de mon mari s'aggraver	<b>0,55</b>	0,29	0,11
8/ Mon futur économique est incertain	<b>0,53</b>	0,13	0,19
30/ Le besoin de protéger mon mari me tracasse	<b>0,52</b>	-0,02	0,003
25/ Je redoute les effets secondaires que le traitement de mon mari auront	<b>0,51</b>	0,24	-0,04
17/ Je me sens coupable	<b>0,49</b>	-0,05	0,05
6/ J'ai des difficultés financières	<b>0,51</b>	0,08	0,27
7/ je suis préoccupée par notre couverture sociale / notre assurance maladie	<b>0,36</b>	0,10	0,12
24/ Ca me tracasse de devoir être le chauffeur de mon mari pour ses rendez-vous	<b>0,33</b>	-0,05	-0,03
35/ Ca me tracasse que les autres membres de ma famille n'aient montré aucun intérêt à prendre soin de mon mari	0,29	0,27	<b>0,43</b>
34/ Je suis satisfaite du soutien que m'apporte ma famille	-0,04	0,06	<b>-0,69</b>
16/ J'obtiens le soutien de mes amis et voisins	0,08	0,09	<b>-0,61</b>
28/ La communication familiale a augmenté	0,05	<b>0,66</b>	-0,25
22/ J'ai développé une relation plus intime avec mon mari	0,10	<b>0,65</b>	-0,04
27/ Je suis contente que mon attention se centre sur mon mari	0,03	<b>0,55</b>	-0,09
10/ J'ai des perspectives plus positives sur la vie depuis la maladie de mon mari	-0,008	<b>0,43</b>	0,08
4/ Je suis satisfaite de ma vie sexuelle	-0,23	<b>0,39</b>	0,06
12/ Mon sens de la spiritualité a augmenté	0,27	<b>0,36</b>	0,15
23/ Je me sens suffisamment informée à propos de la maladie de mon mari	-----	-----	-----

**Tableau 23 : Saturations des 34 items du CQOLC suite à l'analyse factorielle avec rotation varimax.**

Nous retenons donc la solution du modèle à 34 items, où l’item 23 a été écarté de la structure factorielle, étant donné qu’il ne se projette sur aucun facteur même après rotation. Le facteur 1 peut être interprété comme un facteur d’altération de la qualité de vie spécifique au rôle d’aidant. En effet, tous les items ayant trait à l’altération de la qualité de vie se projettent significativement sur ce facteur. Il rend compte de 30,10% de la variance totale et l’alpha de Cronbach est égal à 0,93, ce qui indique une très bonne homogénéité de ces 25 items. Le facteur 2 correspond à la communication familiale et conjugale. Il comprend 6 items et rend compte de 6,07% de la variance totale et l’alpha de Cronbach est égal à 0,67, ce qui rend compte d’une relativement bonne homogénéité de ces 6 items. Le facteur 3, quant à lui, peut être interprété comme un facteur d’insatisfaction du soutien social. Il comprend 3 items et rend compte de 3,99% de la variance totale et l’alpha de Cronbach est égal à 0,60. Ces trois facteurs expliquent 40,16% de la variance totale.

Cette validation sur une population de conjoint(e)s français(e)s, apporte une structure factorielle très différente de la population américaine, qui s’avère tout aussi intéressante. Cependant, même si la structure semble stable, une validation avec plus de sujets est nécessaire pour confirmer cette structure.

Cotation : Chaque item est coté à l’aide d’une échelle de Lickert :

- 0 = pas du tout
- 1 = pas vraiment
- 2 = un peu
- 3 = assez
- 4 = beaucoup

Le score du facteur 1 varie entre 0 et 100, celui du facteur 2 entre 0 et 24 et celui du facteur 3 entre 0 et 12. Un score important au facteur 1 révèle une altération importante de la qualité de vie, au facteur 2, une bonne communication familiale et conjugale et au facteur 3, une insatisfaction du soutien social. Les moyennes et écarts-types de chaque facteur sont présentés dans le tableau 24.

	Moyenne	Ecart-Type
Facteur 1	35,51	20,62
Facteur 2	10,13	4,74
Facteur 3	3,89	2,99

**Tableau 24 : Moyennes et écarts-types aux 3 facteurs du CQOLC**

## D. Le soutien social

- Le questionnaire de soutien social, QSS (Segrestan et al., 2007).

Ce questionnaire de soutien social perçu a été élaboré par Segrestan et al. (2007). Il correspond totalement à nos exigences étant donné qu'il a été validé sur des patients atteints de cancer ainsi que sur leurs proches, et que ses qualités psychométriques sont satisfaisantes. Il s'agit d'une échelle composée de 20 items qui se répartissent en 4 facteurs qui correspondent à 4 types de soutien social : émotionnel (9 items), matériel (5 items), informatif (2 items) et négatif (4 items).

Pour sa validation, Segrestan et al. (2007) ont proposé ce questionnaire à 214 patients (140 femmes et 74 hommes, moyenne d'âge = 55,1 ans, écart-type = 12,65) atteints de différents types de cancers (cancers du sein, de la prostate, du rein, pulmonaires, digestifs, gynécologiques, sarcomes, lymphomes...) localisés ou métastatiques. Il a également été complété par 93 proches (en grande partie des conjoints ; 57 hommes et 36 femmes, moyenne d'âge = 53,23 ans, écart-type = 12,39). Le pourcentage de variance expliquée et les alphas de Cronbach pour chaque facteur sont présentés dans le tableau 25.

	Facteur 1		Facteur 2		Facteur 3		Facteur 4	
	P	C	P	C	P	C	P	C
% de variance	20,77	23,77	13,94	16,67	10,06	10,14	9,83	9,66
Alpha de Cronbach	0,84	0,89	0,76	0,80	0,90	0,91	0,66	0,59

P : patient ; C : conjoint

**Tableau 25 : Pourcentage de variance expliquée et alpha de Cronbach pour chaque facteur du QSS**

Les alphas de Cronbach pour chaque facteur de ce questionnaire ont été effectués à partir des réponses des personnes interrogées dans cette étude et sont satisfaisants (Tableau 26).

	Patients	Conjointes
Soutien social émotionnel	0,85	0,93
Soutien social matériel	0,84	0,65
Soutien social informatif	0,93	0,60
Soutien social négatif	0,70	0,67

**Tableau 26 : Alpha de Cronbach de la population d'étude au questionnaire de soutien social de Segrestan et al. (2007)**

Cotation : Les items de ce questionnaire à l'aide d'une échelle de Lickert :

1 = jamais

2 = rarement

3 = parfois

4 = souvent

5 = très souvent

Le score de soutien social émotionnel varie entre 0 et 45, celui du soutien social matériel entre 0 et 25, celui du soutien social informatif entre 0 et 10, et celui du soutien social négatif entre 0 et 20. Des scores élevés traduisent un soutien émotionnel, matériel, informatif ou négatif important.

### **E. La qualité de la relation conjugale**

- Le Quality of Relationships Inventory, QRI (Pierce et al., 1991).

Ce questionnaire a été créé et validé par Pierce et al. (1991) dans le but d'évaluer la disponibilité et l'intensité du soutien issu d'une personne proche, ainsi que les conflits au sein de cette relation. Il a fait l'objet d'une validation en anglais (version originale de Pierce, Sarason & Sarason, 1991 ; propriétés psychométriques réexaminées par Pierce & al, 1997), en japonais (Nakano & al, 2002) ainsi qu'en allemand (Verhofstadt & al, 2006). Les résultats de ces validations indiquent que cet outil présente d'excellentes qualités psychométriques (Tableau 27).

<b>Auteurs</b>			
Pierce et al.(1991)	Pierce et al. (1997)	Nakano et al. (2002)	Verhofstadt et al. (2006)
<b>Population</b>			
210 étudiants (94 hommes et 116 femmes)	119 étudiants (74 femmes, 45 hommes), 108 mères, 101 pères	40 couples sans enfant ayant subi 2 fausses couches consécutives	286 couples
<b>Personnes désignées dans la consigne</b>			
Mère (M), père (P), et jusqu'à 4 autres relations (A)	Etudiants : mère, père, meilleur ami du même sexe Parents : père, mère, enfant et conjoint	Conjoint, mère, père, belle-mère et beau-père	Non précisé
<b>Analyse</b>			
Analyse en composante principale avec rotation oblique.	Analyse en composante principale avec rotation oblique.	Analyse en composante principale avec rotation promax.	Analyse factorielle confirmatoire (LISREL)
<b>Facteurs</b>			
3 facteurs, 48,9% de la variance totale : - Disponibilité (D) - Intensité (I) - Conflit (C)	Résultats similaire à la validation de 1991	2 facteurs, 57,9% de la variance totale - Soutien - Conflit	3 facteurs : - Disponibilité (D) - Intensité (I) - Conflit (C)
<b>Cohérence interne des facteurs (alpha de Cronbach)</b>			
	Cohérence interne de 0,70 à 0,90	Facteur soutien : 0,95 Facteur conflit : 0,89	
D I C			D I C
P 0,88 0,86 0,88 M 0,83 0,83 0,88 A 0,85 0,84 0,91			H 0,80 0,80 0,88 F 0,79 0,81 0,87

**Tableau 27 : Présentation des différentes validations du QRI de Pierce et al. (1991)**

Les deux validations de Pierce et al. (1991 et 1997) ainsi que celle de Verhofstadt et al. (2006) montrent une importante stabilité de la structure factorielle dans la population générale. En revanche, dans la validation de Nakano et al. (2002), l'analyse factorielle des réponses aux items a permis d'identifier seulement deux facteurs : le soutien et le conflit. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'une population très particulière (couples sans enfant ayant subi 2 fausses couches consécutives), ayant une souffrance psychologique importante qui influe certainement sur la perception de leur couple.

Une première validation de la version française de ce questionnaire a été réalisée par Castro (2007) au cours de son mémoire de Master 2 recherche, auprès de 254 étudiants. Cette validation retrouve la même structure factorielle que celle de Pierce et al. (1991 et

1997) lorsque la consigne se réfère à un(e) ami(e). Au cours de cette validation Castro (2007) demande à des étudiants de remplir le même questionnaire trois fois en se référant à la relation avec le père, à la relation avec la mère et à la relation avec un(e) ami(e) proche. La structure factorielle, lorsqu'il s'agit des consignes relatives au père et à la mère, identifie deux facteurs (le soutien et le conflit). En revanche, la structure factorielle, lorsqu'il s'agit de la consigne relative à l'ami(e) proche, identifie trois facteurs (disponibilité du soutien, intensité du soutien et conflit).

Une autre validation est en cours de réalisation au laboratoire de psychologie EA 4139, de l'université Bordeaux 2, pour vérifier la structure factorielle ce de questionnaire auprès de patients cancéreux. La structure factorielle du QRI, de Castro (2007), relative à la consigne ami(e) proche, chez les étudiants français présente une consistance interne tout à fait satisfaisante (Tableau 28).

	Disponibilité	Intensité	Conflits
Variance totale expliquée (%)	5.47	13.5	25.40
Alpha de Cronbach	0.77	0.77	0.81
Moyenne	17.45	19.6	20.23
Ecart-type	2.56	3.10	6.41

**Tableau 28 : Validation du QRI de Pierce et al. (1991) par Castro (2007)**

Nous avons calculé les coefficients alphas pour les trois facteurs du QRI, afin de vérifier leur homogénéité, aussi bien chez les patients que chez les conjointes, coefficients qui se révèlent tout à fait satisfaisants (Tableau 29).

	Patients	Conjointes
Disponibilité	0,87	0,78
Intensité	0,82	0,73
Conflit	0,73	0,86

**Tableau 29 : Alpha de Cronbach de la population d'étude au QRI de Pierce et al. (1991).**

Cotation : les items de ce questionnaire à l'aide d'une échelle de Lickert :

- 1 = pas du tout
- 2 = un peu
- 3 = assez
- 4 = beaucoup

Le score du facteur disponibilité du soutien varie entre 0 et 28, celui du facteur intensité du soutien varie entre 0 et 24 et celui du facteur conflit varie entre 0 et 48. Des scores élevés traduisent une disponibilité et une intensité importantes, ainsi que de nombreux conflits.

## **F. L'ajustement dyadique**

- L'échelle d'ajustement dyadique, EAD (Spanier, 1976).

Cette échelle a été choisie car elle s'avère être une des seules à s'intéresser à l'ajustement dyadique. Elle est issue des travaux de Spanier (1976) et a été validée en français par Antoine et al. (2008). La validation française fait apparaître un facteur général d'ajustement dyadique, qui explique 43,1% de la variance totale suite à une analyse en facteur principaux, et deux sous dimensions qui sont le degré d'accord dans le couple, qui explique 32% de la variance totale, et la qualité des interactions dyadiques, qui explique 20% de la variance totale. Les coefficients alphas de Cronbach 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. Cependant, nous avons souhaité vérifier cette structure factorielle dans notre population car la population d'Antoine et al. (2008) est une population en bonne santé, en moyenne âgée de 36,9 ans (écart type : 13,2).

La structure factorielle que nous obtenons, ne révèle que le facteur général, et indique que l'item 7 (« nous sommes généralement d'accord sur les façons d'agir avec les parents, les beaux-parents, les enfants »), présente une faible saturation. Nous choisissons, par conséquent, d'effectuer une seconde analyse factorielle sans l'item 7. Nous présentons la structure factorielle à 16 et 15 items (Tableau 30). Le fait que l'item 7 présente une saturation faible, n'est pas anormal, car cet item a fait l'objet de nombreuses remarques de la part des patients et des conjointes. Les remarques principales évoquaient le fait que « souvent parents et beaux-parents ne sont plus vivants », et que « les enfants sont grands et indépendants ».

	Modèle à 16 items	Modèle à 15 items
	Facteur 1	Facteur 1
Pourcentage de variance expliquée	44,66	47,30
3/ Les marques d'affection.	<b>0,82</b>	<b>0,83</b>
14/ Nous rions ensemble.	<b>0,80</b>	<b>0,80</b>
11/ Nous discutons calmement	<b>0,75</b>	<b>0,75</b>
12/ Je me confie à mon partenaire.	<b>0,75</b>	<b>0,74</b>
6/ La philosophie de la vie	<b>0,74</b>	<b>0,74</b>
16/ Quel est globalement votre degré de bonheur dans votre relation ?	<b>0,73</b>	<b>0,73</b>
1/ Les objectifs, les buts et ce qu'on trouve important dans la vie.	<b>0,72</b>	<b>0,72</b>
10/ Nous avons des échanges d'idées stimulants.	<b>0,66</b>	<b>0,66</b>
15/ Nous travaillons ensemble à un projet.	<b>0,65</b>	<b>0,65</b>
2/ Les prises de décision importantes.	<b>0,64</b>	<b>0,64</b>
13/ Nous avons des intérêts communs à l'extérieur de la maison.	<b>0,64</b>	<b>0,64</b>
5/ Les relations sexuelles	<b>0,63</b>	<b>0,63</b>
9/ Nous nous « tapons sur les nerfs ».	<b>-0,60</b>	<b>-0,60</b>
4/ Les amis	<b>0,53</b>	<b>0,52</b>
8/ Il m'arrive de penser au divorce, à la séparation ou à terminer notre relation.	<b>-0,49</b>	<b>-0,49</b>
7/ Les façons d'agir avec les parents, les beaux-parents, les enfants.	0,22	-----

**Tableau 30 : Analyse factorielle à 16 et 15 items du questionnaire d'ajustement dyadique de Spanier (1976).**

Ce facteur général explique 47,30% de la variance totale et les coefficients alpha sont satisfaisants et stables :  $\alpha = 0,87$  que ce soit pour la population de patients, celle de conjointes ou les 2 ensembles. Les moyennes et écarts-types sont présentés dans le tableau 31.

	N	Moyenne	Ecart-type
Patients	124	70,03	11,49
Conjointes	95	70,14	11,80

**Tableau 31: Moyennes et écarts-types de la population d'étude au questionnaire de la validation à 15 items du questionnaire d'ajustement dyadique de Spanier (1976)**

**Cotation** : chaque item est coté de à l'aide d'une échelle de Lickert

- 1 = jamais
- 2 = rarement
- 3 = parfois
- 4 = assez souvent
- 5 = la plupart du temps
- 6 = toujours

L'item 16 est coté : 1 = extrêmement malheureux, 2 = passablement malheureux, 3 = un peu malheureux, 4 = heureux, 5 = très heureux, 6 = extrêmement heureux

Les items 8 et 9 sont inversés.

Le score total varie entre 16 et 90, un score faible traduisant un faible ajustement dyadique et inversement, un score élevé un fort ajustement dyadique.

## G. Les stratégies de coping

- La Way of Coping Checklist à 27 items, WCC (Cousson et al., 1996).

La WCC a été créée par Lazarus et Folkman (1984) puis a été validée et modifiée plusieurs fois. La première version de la WCC comportait 70 items. La validation de la version française de Vitaliano et al. (1985) ne comprend plus que 42 items. Enfin, la version que nous avons utilisée est la version de Cousson et al. (1996) qui comprend seulement 27 items. Cette échelle a été choisie en raison des styles de coping qu'elle évalue (coping centré sur le problème, coping centré sur l'émotion et recherche de soutien social), pour sa rapidité de passation et ses bonnes qualités psychométriques.

Cette échelle se compose de 3 facteurs : un facteur de coping centré sur le problème qui explique 13,72% de la variance totale, un facteur de coping centré sur l'émotion qui explique 10,86% de la variance totale et un facteur de recherche de soutien social qui explique 10,74% de la variance totale. Les alphas de Cronbach sont satisfaisants (facteur 1 :  $\alpha = 0,79$  ; facteur 2 :  $\alpha = 0,72$  ; facteur 3 :  $\alpha = 0,73$ ), ainsi que sa fidélité test-retest (facteur 1 :  $r = 0,90$  ; facteur 2 :  $r = 0,84$  ; facteur 3 :  $r = 0,75$  ;  $p < 0,05$ ). Les moyennes et écarts-types pour chaque facteur sont présentés dans le tableau 32.

	Problème		Émotion		Soutien social	
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
Total (N = 468)	27,30	5,79	21,00	5,59	20,33	4,89
Femmes (N = 247)	27,79	6,78	21,70	5,60	20,15	4,76
Hommes (N = 221)	28,04	5,71	20,22	5,49	25,45	5,04

**Tableau 32 : Moyennes et écarts-types aux trois facteurs de la WCC de Cousson-Gélie et al. (1996)**

En ce qui concerne notre population, nous avons calculé les alphas de Cronbach pour s'assurer de l'homogénéité des items pour chaque facteur. (Tableau 33)

	Femmes	Hommes	Total
Facteur 1	0,72	0,79	0,77
Facteur 2	0,64	0,72	0,68
Facteur 3	0,72	0,68	0,73

**Tableau 33 : Alpha de Cronbach de la population d'étude aux trois facteurs de la WCC de Cousson-Gélie et al. (1996)**

Cotation : les items sont cotés à l'aide d'une échelle de Lickert :

- 1 = non
- 2 = plutôt non
- 3 = plutôt oui
- 4 = oui

Le score de coping centré sur le problème varie entre 10 et 40, celui du coping centré sur l'émotion entre 9 et 36 et celui de la recherche de soutien social entre 8 et 32. Un score élevé à chaque échelle traduit l'adoption importante de la part du sujet d'un coping centré sur le problème, sur l'émotion ou sur la recherche de soutien.

#### **IV. Homogénéité de la population d'étude**

##### **A. Différences entre les patients traités par radiothérapie et ceux traités par chimiothérapie**

Tout d'abord, nous avons voulu savoir s'il existait des différences significatives entre les patients traités par radiothérapie et ceux traités par chimiothérapie. Nous avons recherché ces différences uniquement au niveau des variables psychologiques, car, en ce qui concerne les variables médicales, les différences sont réelles, la chimiothérapie étant un traitement plus lourd, destiné aux cancers les plus avancés.

Compte tenu du faible nombre de sujets traités par chimiothérapie inclus dans notre étude (T1 = 10 ; T2 = 7 ; T3 = 4 et T4 = 2), nous avons utilisé le test non-paramétrique du U de Mann-Withney.

Les résultats indiquent quelques différences :

Au début du traitement, il existe des différences significatives au niveau de la qualité de vie. Les patients traités par chimiothérapie ont un bien-être physique et

émotionnel, ainsi qu'une santé physique et mentale inférieures en comparaison aux patients traités par radiothérapie (Tableau 34).

Début du traitement	Sujets	N	Rang Moyen	U	Z
Anxiété générale	Radio	119	64.15	494	-0,89
	Chimio	10	75.10		
Anxiété liée au cancer	Radio	121	64.64	440	-1,43
	Chimio	10	82.50		
Anxiété liée au test psa	Radio	121	66.49	546	-0,72
	Chimio	10	60.10		
Anxiété liée à la rechute	Radio	121	65,67	565,5	-0,35
	Chimio	10	69,95		
Dépression	Radio	120	63.86	403	-1,72
	Chimio	10	85.20		
Qualité de vie santé physique	Radio	120	68.41	250,5	<b>-3,05*</b>
	Chimio	10	30.55		
Qualité de vie santé mentale	Radio	120	67.55	353,5	<b>-2,15*</b>
	Chimio	10	40.85		
Bien-être physique	Radio	119	67.45	303	<b>-2,60*</b>
	Chimio	10	35.80		
Bien-être social	Radio	118	64.76	559	-0,28
	Chimio	10	61.40		
Bien-être émotionnel	Radio	119	67.50	297	<b>-2,65*</b>
	Chimio	10	35.20		
Bien-être fonctionnel	Radio	119	66.05	470	-1,10
	Chimio	10	52.50		
Symptômes et inquiétudes	Radio	119	65.82	498	-0,86
	Chimio	10	55.30		
Soutien social émotionnel	Radio	113	62.35	526	-0,36
	Chimio	10	58.10		
Soutien social matériel	Radio	110	59.37	425,5	-1,18
	Chimio	10	72.93		
Soutien social informatif	Radio	109	58.41	371,5	-0,71
	Chimio	8	67.06		
Soutien social négatif	Radio	113	60.52	397,5	-1,59
	Chimio	10	78.75		
Disponibilité du soutien	Radio	115	62.11	473	-0,43
	Chimio	9	67.44		
Intensité du soutien	Radio	114	61.60	467,5	-0,45
	Chimio	9	67.06		
Conflit	Radio	115	62.44	511	-0,06
	Chimio	9	63.22		
Ajustement dyadique	Radio	114	62.37	555	-0,14
	Chimio	9	64.00		
Coping centré sur le problème	Radio	116	63.47	467,5	-0,52
	Chimio	9	56.94		
Coping centré sur l'émotion	Radio	117	63.36	510	-0,16
	Chimio	9	65.33		
Coping centré sur la recherche de soutien social	Radio	115	62.50	517,5	0,00
	Chimio	9	62.50		

**Tableau 34 : Comparaisons entre les patients traités par radiothérapie et les patients traités par chimiothérapie au début du traitement**

\*  $p < 0,05$

Au milieu du traitement, les patients traités par chimiothérapie ont toujours une santé physique inférieure et une anxiété état supérieure en comparaison aux patients traités par radiothérapie (Tableau 35).

Milieu du traitement	Sujets	N	Rang Moyen	U	Z
Anxiété générale	Radio	113	58,92	216,5	<b>-2,01*</b>
	Chimio	7	86,07		
Anxiété liée au cancer	Radio	113	59,59	293	-1,15
	Chimio	7	75,14		
Anxiété liée au test psa	Radio	113	60,05	345	-0,93
	Chimio	7	67,71		
Anxiété liée à la rechute	Radio	113	60,29	371,5	-0,27
	Chimio	7	63,93		
Dépression	Radio	114	61,22	374	-0,28
	Chimio	7	57,43		
Qualité de vie santé physique	Radio	113	62,19	205	<b>-2,13*</b>
	Chimio	7	33,29		
Qualité de vie santé mentale	Radio	113	62,04	222	-1,94
	Chimio	7	35,71		
Bien-être physique	Radio	113	61,45	288	-1,21
	Chimio	7	45,14		
Bien-être social	Radio	112	59,14	295,5	-1,09
	Chimio	7	73,79		
Bien-être émotionnel	Radio	113	60,92	347,5	-0,54
	Chimio	7	53,64		
Bien-être fonctionnel	Radio	113	60,87	354	-0,47
	Chimio	7	54,57		
Symptômes et inquiétudes	Radio	114	60,56	349	-0,56
	Chimio	7	68,14		
Soutien social émotionnel	Radio	110	58,77	360	-0,29
	Chimio	7	62,57		
Soutien social matériel	Radio	107	56,57	274,5	-1,18
	Chimio	7	71,79		
Soutien social informatif	Radio	109	58,28	357	-0,29
	Chimio	7	62,00		
Soutien social négatif	Radio	104	56,07	357	-0,09
	Chimio	7	55,00		
Disponibilité du soutien	Radio	111	59,20	355	-0,39
	Chimio	7	64,29		
Intensité du soutien	Radio	111	58,83	314,5	-0,85
	Chimio	7	70,07		
Conflit	Radio	111	59,68	368,5	-0,23
	Chimio	7	56,64		
Ajustement dyadique	Radio	111	59,21	356,5	-0,36
	Chimio	7	64,07		
Coping centré sur le problème	Radio	113	61,67	263	-1,49
	Chimio	7	41,57		
Coping centré sur l'émotion	Radio	114	61,82	305,5	-1,04
	Chimio	7	47,64		
Coping centré sur la recherche de soutien social	Radio	114	61,54	337	-0,69
	Chimio	7	52,14		

**Tableau 35 : Comparaisons entre les patients traités par radiothérapie et les patients traités par chimiothérapie au milieu du traitement**

\* p<0,05

A la fin du traitement, nous n'observons aucune différence pour l'ensemble des variables étudiées entre les patients traités par radiothérapie et ceux traités par chimiothérapie (Tableau 36).

Fin du traitement	Sujets	N	Rang Moyen	U	Z
Anxiété générale	Radio	109	56,79	195	-0,36
	Chimio	4	62,75		
Anxiété liée au cancer	Radio	107	56,04	210	-0,06
	Chimio	4	55,00		
Anxiété liée au test psa	Radio	107	56,22	190	-0,70
	Chimio	4	50,00		
Anxiété liée à la rechute	Radio	107	56,43	168,5	-0,73
	Chimio	4	44,63		
Dépression	Radio	109	56,97	215	-0,05
	Chimio	4	57,75		
Qualité de vie santé physique	Radio	108	57,54	104	-1,76
	Chimio	4	28,50		
Qualité de vie santé mentale	Radio	108	57,56	101	-1,80
	Chimio	4	27,75		
Bien-être physique	Radio	107	56,66	172,5	-0,66
	Chimio	4	38,38		
Bien-être social	Radio	107	55,61	204	-0,13
	Chimio	4	66,38		
Bien-être émotionnel	Radio	106	55,42	186	-0,44
	Chimio	4	57,50		
Bien-être fonctionnel	Radio	107	55,74	179,5	-0,55
	Chimio	4	63,00		
Symptômes et inquiétudes	Radio	107	55,68	192,5	-0,28
	Chimio	4	64,63		
Soutien social émotionnel	Radio	105	55,17	114	-1,57
	Chimio	4	50,63		
Soutien social matériel	Radio	106	54,58	159	-0,89
	Chimio	4	80,00		
Soutien social informatif	Radio	107	55,49	190	-0,39
	Chimio	4	69,75		
Soutien social négatif	Radio	107	56,22	188,5	-0,29
	Chimio	4	50,00		
Disponibilité du soutien	Radio	103	53,83	160,5	-0,76
	Chimio	4	58,38		
Intensité du soutien	Radio	103	53,56	178	-0,46
	Chimio	4	65,38		
Conflit	Radio	103	54,27	103	-1,68
	Chimio	4	47,00		
Ajustement dyadique	Radio	102	52,51	208	-0,10
	Chimio	4	78,75		
Coping centré sur le problème	Radio	107	56,06	184	-0,48
	Chimio	4	54,50		
Coping centré sur l'émotion	Radio	107	56,28	118,5	-1,51
	Chimio	4	48,50		
Coping centré sur la recherche de soutien social	Radio	107	55,11	79,88	
	Chimio	4	79,88		

**Tableau 36 : Comparaisons entre les patients traités par radiothérapie et les patients traités par chimiothérapie à la fin du traitement**

\* p<0,05

Quatre mois après la fin du traitement, il existe des différences significatives au niveau des symptômes et inquiétudes liés au cancer. Les patients traités par chimiothérapie ont plus de symptômes et d'inquiétudes liés au cancer de la prostate que chez les patients traités par radiothérapie (Tableau 37).

Quatre mois après la fin du traitement	Sujets	N	Rang Moyen	U	Z
Anxiété générale	Radio	92	46,78	25,5	-1,74
	Chimio	2	80,75		
Anxiété liée au cancer	Radio	92	47,22	66	-0,68
	Chimio	2	60,50		
Anxiété liée au test psa	Radio	92	47,13	57,5	-1,46
	Chimio	2	64,75		
Anxiété liée à la rechute	Radio	92	46,72	20	-1,91
	Chimio	2	83,50		
Dépression	Radio	92	47,16	60,5	-0,83
	Chimio	2	63,25		
Qualité de vie santé physique	Radio	92	47,96	49,5	-1,11
	Chimio	2	26,25		
Qualité de vie santé mentale	Radio	92	47,90	55	-0,97
	Chimio	2	29,00		
Bien-être physique	Radio	92	48,26	22	-1,85
	Chimio	2	12,50		
Bien-être social	Radio	91	47,18	74,5	-0,44
	Chimio	2	38,75		
Bien-être émotionnel	Radio	92	48,27	21	-1,87
	Chimio	2	12,00		
Bien-être fonctionnel	Radio	92	47,98	48	-1,16
	Chimio	2	25,50		
Symptômes et inquiétudes	Radio	92	48,45	5	<b>-2,28*</b>
	Chimio	2	4,00		
Soutien social émotionnel	Radio	92	47,48	90,5	-0,04
	Chimio	2	48,25		
Soutien social matériel	Radio	90	46,06	50,5	-1,06
	Chimio	2	66,25		
Soutien social informatif	Radio	87	45,38	54	-0,93
	Chimio	2	28,50		
Soutien social négatif	Radio	87	44,86	75	-0,34
	Chimio	2	51,00		
Disponibilité du soutien	Radio	88	45,62	77,5	-0,29
	Chimio	2	40,25		
Intensité du soutien	Radio	88	44,88	33	-1,52
	Chimio	2	73,00		
Conflit	Radio	88	45,93	50	-1,04
	Chimio	2	26,50		
Ajustement dyadique	Radio	89	45,77	68,5	-0,56
	Chimio	2	56,25		
Coping centré sur le problème	Radio	92	47,50	92	0,00
	Chimio	2	47,50		
Coping centré sur l'émotion	Radio	92	47,17	62	-0,79
	Chimio	2	62,50		
Coping centré sur la recherche de soutien social	Radio	92	47,65	78,5	-0,35
	Chimio	2	40,75		

**Tableau 37 : Comparaisons entre les patients traités par radiothérapie et les patients traités par chimiothérapie quatre mois après la fin du traitement**

\* p<0,05

## **B. Différences entre les conjointes de patients traités par radiothérapie et celles de patients traités par chimiothérapie**

En ce qui concerne les conjointes, nous avons également voulu savoir s'il existe des différences entre celles dont le partenaire est traité par radiothérapie et celles dont le partenaire est traité par chimiothérapie. Compte tenu du faible nombre de conjointes de patients traités par chimiothérapie incluses dans notre étude (T1 = 9 ; T2 = 7 ; T3 = 4 et T4 = 2), nous avons utilisé le test non-paramétrique du U de Mann-Whitney.

Les résultats nous indiquent quelques différences :

Au début du traitement, les conjointes de patients traités par chimiothérapie ont tendance à ressentir plus de troubles dépressifs, à avoir une altération de la qualité de vie plus importante, à utiliser plus de coping centré sur l'émotion et percevoir une disponibilité du soutien de leur époux moins importante, que les conjointes des patients traités par radiothérapie (Tableau 38).

Début du traitement	Sujets	N	Rang Moyen	U	Z
Anxiété générale	Radio	87	46,80	243,5	-1,86
	Chimio	9	64,94		
Dépression	Radio	89	47,54	226,5	<b>-2,14*</b>
	Chimio	9	68,83		
Qualité de vie santé physique	Radio	87	48,84	362	-0,37
	Chimio	9	45,22		
Qualité de vie santé mentale	Radio	87	49,29	323	-0,86
	Chimio	9	40,89		
Altération de la qualité de vie	Radio	90	47,27	159,5	<b>-2,99*</b>
	Chimio	9	77,28		
Communication	Radio	89	48,74	333	-0,83
	Chimio	9	57,00		
Insatisfaction du soutien social	Radio	89	50,20	338	-0,77
	Chimio	9	42,56		
Soutien social émotionnel	Radio	85	46,58	304,5	-1,00
	Chimio	9	56,17		
Soutien social matériel	Radio	82	44,82	272,5	-1,29
	Chimio	9	56,72		
Soutien social informatif	Radio	80	43,53	242,5	-1,66
	Chimio	9	58,06		
Soutien social négatif	Radio	82	46,50	328	-0,55
	Chimio	9	41,44		
Disponibilité du soutien	Radio	82	47,91	212,5	<b>-2,09*</b>
	Chimio	9	28,61		
Intensité du soutien	Radio	81	47,14	231,5	-1,81
	Chimio	9	30,72		
Conflit	Radio	81	45,42	358	-0,09
	Chimio	9	46,22		
Ajustement dyadique	Radio	86	48,08	380,5	-0,08
	Chimio	9	47,28		
Coping centré sur le problème	Radio	86	48,42	265	-1,07
	Chimio	8	37,63		
Coping centré sur l'émotion	Radio	86	45,42	165,5	<b>-2,42*</b>
	Chimio	8	69,81		
Coping centré sur la recherche de soutien social	Radio	86	47,55	339,5	-0,06
	Chimio	8	46,94		

**Tableau 38 : Comparaisons entre les conjointes de patients traités par radiothérapie et les conjointes de patients traités par chimiothérapie au début du traitement.**

\*  $p < 0,05$

Au milieu du traitement, seule la santé mentale est plus altérée chez les conjointes de patients traités par chimiothérapie en comparaison à celles de patients traités par radiothérapie (Tableau 39).

Milieu du traitement	Sujets	N	Rang Moyen	U	Z
Anxiété générale	Radio	80	42,49	159	-1,89
	Chimio	7	61,29		
Dépression	Radio	81	43,24	181,5	-1,57
	Chimio	7	59,07		
Qualité de vie santé physique	Radio	81	45,14	232	-0,79
	Chimio	7	37,14		
Qualité de vie santé mentale	Radio	81	46,32	136	<b>-2,27*</b>
	Chimio	7	23,43		
Altération de la qualité de vie	Radio	81	43,31	187,5	-1,48
	Chimio	7	58,21		
Communication	Radio	81	44,57	277,5	-0,09
	Chimio	7	43,64		
Insatisfaction du soutien social	Radio	80	45,12	190,5	-1,40
	Chimio	7	31,21		
Soutien social émotionnel	Radio	75	40,63	197	-1,09
	Chimio	7	50,86		
Soutien social matériel	Radio	75	40,78	208,5	-0,90
	Chimio	7	49,21		
Soutien social informatif	Radio	76	41,10	197,5	-1,14
	Chimio	7	51,79		
Soutien social négatif	Radio	77	41,98	229,5	-0,65
	Chimio	7	48,21		
Disponibilité du soutien	Radio	77	43,55	188,5	-1,32
	Chimio	7	30,93		
Intensité du soutien	Radio	77	42,92	237,5	-0,52
	Chimio	7	37,93		
Conflit	Radio	77	41,64	203	-1,08
	Chimio	7	52,00		
Ajustement dyadique	Radio	77	42,73	252	-0,28
	Chimio	7	40,00		
Coping centré sur le problème	Radio	78	44,04	191,5	-1,30
	Chimio	7	31,36		
Coping centré sur l'émotion	Radio	79	43,55	272,5	-0,06
	Chimio	7	42,93		
Coping centré sur la recherche de soutien social	Radio	79	43,89	246	-0,48
	Chimio	7	39,14		

**Tableau 39 : Comparaisons entre les conjointes de patients traités par radiothérapie et les conjointes de patients traités par chimiothérapie au milieu du traitement**

\*  $p < 0,05$

A la fin du traitement, nous n'observons aucune différence pour l'ensemble des variables psycho-sociales entre les conjointes de patients traités par radiothérapie et celles de patients traités par chimiothérapie (Tableau 40).

Fin du traitement	Sujets	N	Rang Moyen	U	Z
Anxiété générale	Radio	75	38,85	63,5	-1,94
	Chimio	4	61,63		
Dépression	Radio	75	39,30	97,5	-1,18
	Chimio	4	53,13		
Qualité de vie santé physique	Radio	75	39,73	95	-0,45
	Chimio	3	33,67		
Qualité de vie santé mentale	Radio	75	40,43	43	-1,81
	Chimio	3	16,33		
Altération de la qualité de vie	Radio	75	39,16	87	-1,41
	Chimio	4	55,75		
Communication	Radio	73	39,55	105,5	-0,93
	Chimio	4	28,88		
Insatisfaction du soutien social	Radio	73	38,45	105,5	-0,93
	Chimio	4	49,13		
Soutien social émotionnel	Radio	72	39,17	95,5	-1,13
	Chimio	4	26,38		
Soutien social matériel	Radio	67	36,90	73,5	-1,51
	Chimio	4	20,88		
Soutien social informatif	Radio	71	37,62	115	-0,65
	Chimio	4	44,75		
Soutien social négatif	Radio	70	37,46	137	-0,07
	Chimio	4	38,25		
Disponibilité du soutien	Radio	72	38,72	128	-0,37
	Chimio	4	34,50		
Intensité du soutien	Radio	72	38,31	130	-0,33
	Chimio	4	42,00		
Conflit	Radio	72	38,22	123,5	-0,48
	Chimio	4	43,63		
Ajustement dyadique	Radio	72	38,76	125,5	-0,43
	Chimio	4	33,88		
Coping centré sur le problème	Radio	72	38,99	109	-0,82
	Chimio	4	29,75		
Coping centré sur l'émotion	Radio	72	38,08	114	-0,70
	Chimio	4	46,00		
Coping centré sur la recherche de soutien social	Radio	72	39,39	80	-1,49
	Chimio	4	22,50		

**Tableau 40 : Comparaisons entre les conjointes de patients traités par radiothérapie et les conjointes de patients traités par chimiothérapie à la fin du traitement**

\*  $p < 0,05$

Quatre mois après la fin du traitement, les conjointes de patients traités par chimiothérapie présentent plus d'anxiété état, plus de symptômes dépressifs et ont une santé mentale inférieure en comparaison aux conjointes de patients traités par radiothérapie (Tableau 41).

Quatre mois après la fin du traitement	Sujets	N	Rang Moyen	U	Z
Anxiété générale	Radio	64	32,56	4	<b>-2,25*</b>
	Chimio	2	63,50		
Dépression	Radio	64	32,65	9,5	<b>-2,04*</b>
	Chimio	2	60,75		
Qualité de vie santé physique	Radio	63	33,11	56	-0,27
	Chimio	2	29,50		
Qualité de vie santé mentale	Radio	63	33,90	6	<b>-2,17*</b>
	Chimio	2	4,50		
Altération de la qualité de vie	Radio	64	32,71	13,5	-1,89
	Chimio	2	58,75		
Communication	Radio	64	34,06	28	-1,35
	Chimio	2	15,50		
Insatisfaction du soutien social	Radio	62	32,57	57,5	-0,17
	Chimio	2	30,25		
Soutien social émotionnel	Radio	64	33,62	56,5	-0,28
	Chimio	2	29,75		
Soutien social matériel	Radio	63	32,72	45,5	-0,67
	Chimio	2	41,75		
Soutien social informatif	Radio	62	31,98	30	-1,25
	Chimio	2	48,50		
Soutien social négatif	Radio	62	32,17	41,5	-0,80
	Chimio	2	42,75		
Disponibilité du soutien	Radio	61	31,61	37,5	-0,93
	Chimio	2	43,75		
Intensité du soutien	Radio	61	31,47	28,5	-1,28
	Chimio	2	48,25		
Conflit	Radio	61	31,73	44,5	-0,65
	Chimio	2	40,25		
Ajustement dyadique	Radio	63	32,90	57	-0,23
	Chimio	2	36,00		
Coping centré sur le problème	Radio	63	33,52	30	-1,26
	Chimio	2	16,50		
Coping centré sur l'émotion	Radio	63	32,49	31	-1,22
	Chimio	2	49,00		
Coping centré sur la recherche de soutien social	Radio	63	33,74	16,5	-1,77
	Chimio	2	9,75		

**Tableau 41 : Comparaisons entre les conjointes de patients traités par radiothérapie et les conjointes de patients traités par chimiothérapie quatre mois après la fin du traitement**

\* p<0,05

### C. Mortalité expérimentale

Au cours de cette étude, des patients et des conjointes n'ont pas souhaité poursuivre l'étude (Tableau 42). Cette mortalité expérimentale peut s'expliquer par la contrainte qu'engendre cette étude, par le temps de réponse important exigé par les protocoles ou, uniquement pour le 4<sup>e</sup> temps d'étude, par le mode de remise des protocoles (voie postale).

	T1	T2	T3	T4
Patients	132	121	113	94
Conjointes	100	89	79	66

**Tableau 42 : Effectifs de la population à chaque temps d'évaluation.**

Il nous semble cependant important de savoir s'il existe des différences entre les patients et conjointes qui ont participé à toutes les évaluations et ceux et celles qui ont abandonné au cours de l'étude. Pour cela nous avons utilisé le test-t pour échantillons indépendants. Pour chaque test-t, le test de Levene a été effectué pour vérifier l'homogénéité des variances.

Concernant les patients, nous n'observons aucune différence significative entre ceux qui ont participé aux 4 temps de l'étude et ceux qui ont abandonné (Tableau 43).

Variables	Sujets	N	Moyenne	Ecart-type	Test-t	
					t	ddl
Age	P	91	67,02	6,23	-0,330	124
	A	35	67,46	7,61		
Nombre enfants	P	93	2,14	1,26	0,222	128
	A	37	2,08	1,59		
Niveau étude	P	87	1,84	1,38	-1,429	120
	A	35	2,26	1,65		
Revenu mensuel	P	88	2,40	0,88	0,317	121
	A	35	2,34	0,84		
Score de Gleason	P	82	6,92	1,01	-0,166	108
	A	28	6,96	1,07		
Psa début traitement	P	83	1,73	0,85	-0,353	111
	A	30	1,80	0,88		
Hormonothérapie	P	86	0,87	0,33	0,076	114
	A	30	0,86	0,34		
Prostatectomie	P	86	0,46	0,50	-0,482	113
	A	29	0,51	0,50		
Anxiété liée au cancer	P	93	6,85	6,05	-1,115	129
	A	38	8,18	6,53		
Anxiété liée au test psa	P	93	0,52	1,26	-0,756	129
	A	38	0,74	2,09		
Anxiété liée à la rechute	P	93	3,08	2,05	-0,650	129
	A	38	2,81	2,30		

Anxiété générale	P	92	33,41	9,80	-0,201	127
	A	37	33,79	10,20		
Dépression	P	92	10,41	7,89	-0,380	128
	A	38	10,97	7,50		
Qualité de vie santé physique	P	92	48,63	8,04	1,605	128
	A	38	46,00	9,45		
Qualité de vie santé mentale	P	92	50,12	5,77	0,049	128
	A	38	50,07	5,96		
Bien-être physique	P	91	25,10	3,13	1,015	127
	A	38	24,44	3,90		
Bien-être social	P	90	19,97	5,75	-0,663	126
	A	38	20,67	4,69		
Bien-être émotionnel	P	92	20,33	3,44	1,259	127
	A	37	19,49	3,39		
Bien-être fonctionnel	P	91	19,07	5,68	-0,085	127
	A	38	19,16	5,34		
Symptômes et inquiétudes	P	91	34,75	5,73	0,884	127
	A	38	33,70	7,19		
Soutien social émotionnel	P	89	28,02	8,61	1,130	121
	A	34	25,95	10,34		
Soutien social matériel	P	85	12,71	4,96	-0,112	118
	A	35	12,83	5,53		
Soutien social informatif	P	83	6,50	2,04	0,307	115
	A	34	6,36	2,51		
Soutien social négatif	P	88	6,41	2,79	0,525	121
	A	35	6,13	2,41		
Disponibilité du soutien	P	90	24,40	4,15	-0,993	122
	A	34	25,18	3,04		
Intensité du soutien	P	89	21,10	3,22	0,847	121
	A	34	20,56	3,01		
Conflit	P	90	18,85	5,10	-0,523	122
	A	34	19,39	5,31		
Ajustement dyadique	P	89	70,33	11,58	0,462	122
	A	35	69,27	11,41		
Coping centré sur le problème	P	90	25,93	6,80	0,760	123
	A	35	24,93	5,93		
Coping centré sur l'émotion	P	90	17,28	5,42	1,906	124
	A	36	15,40	3,76		
Coping centré sur la recherche de soutien social	P	89	22,66	5,59	1,496	122
	A	35	20,97	5,84		

P : Participation aux 4 temps d'évaluation

A : Abandon

**Tableau 43 : Comparaisons entre les patients ayant participé aux 4 temps d'évaluation et les patients qui ont abandonné en cours d'étude**

\*  $p < 0,05$

Chez les conjointes, celles qui ont participé aux 4 temps d'évaluation utilisent plus de stratégies de coping centrées sur le problème que celles qui ont abandonné (Tableau 44).

Variables	Sujets	N	Moyenne	Ecart-type	Test-t	
					t	ddl
Age	P	63	63,21	9,00	-0,485	92
	A	31	64,13	7,95		
Nombre enfants	P	63	2,08	1,15	0,373	92
	A	31	1,97	1,72		
Niveau étude	P	58	1,95	1,23	-0,301	88
	A	32	2,03	1,28		
Revenu mensuel	P	55	2,02	0,93	1,064	81
	A	28	1,79	0,96		
Anxiété générale	P	63	41,89	13,82	0,352	94
	A	33	40,84	13,90		
Dépression	P	64	15,27	8,64	-0,422	96
	A	34	16,10	10,44		
Qualité de vie santé physique	P	62	49,02	9,32	1,050	93
	A	33	46,84	10,22		
Qualité de vie santé mentale	P	62	47,04	6,87	-0,710	93
	A	33	48,20	8,76		
Altération de la qualité de vie	P	65	29,20	17,67	-0,486	97
	A	34	30,94	15,44		
Communication	P	64	9,26	4,31	0,206	96
	A	34	9,07	4,21		
Insatisfaction du soutien social	P	64	3,36	2,67	-0,922	96
	A	34	3,89	2,73		
Soutien social émotionnel	P	62	27,18	8,86	-0,013	92
	A	32	27,20	10,69		
Soutien social matériel	P	61	11,84	4,15	-1,540	89
	A	30	13,37	5,00		
Soutien social informatif	P	60	6,19	1,91	-0,636	87
	A	29	6,48	2,32		
Soutien social négatif	P	61	7,30	2,88	1,268	89
	A	30	6,53	2,26		
Disponibilité du soutien	P	60	23,40	3,85	-0,888	89
	A	31	24,17	4,10		
Intensité du soutien	P	60	20,96	2,91	0,840	88
	A	30	20,39	3,29		
Conflit	P	60	21,53	6,57	1,064	88
	A	30	20,04	5,57		
Ajustement dyadique	P	61	70,75	11,98	0,675	93
	A	34	69,04	11,57		
Coping centré sur le problème	P	62	25,62	6,25	<b>2,877*</b>	92
	A	32	21,92	5,19		
Coping centré sur l'émotion	P	62	18,65	4,98	0,615	92
	A	32	17,97	5,30		
Coping centré sur la recherche de soutien social	P	62	19,05	5,77	1,070	92
	A	32	17,69	5,89		

P : Participation aux 4 temps d'évaluation

A : Abandon

**Tableau 44 : Comparaisons entre les patients ayant participé aux 4 temps d'évaluation et les patients qui ont abandonné en cours d'étude**

\* p<0,05

Il nous a semblé important, avant de commencer nos analyses statistiques de vérifier l'homogénéité de notre population, en recherchant d'éventuelles différences. On observe qu'il existe quelques différences entre les patients traités par radiothérapie et ceux traités par chimiothérapie. Cependant, ces différences sont minimes et sont très certainement dues aux faibles effectifs de nos échantillons de patients traités par chimiothérapie. Nous considérons, par conséquent, notre population de patients (patients traités par radiothérapie et chimiothérapie) comme homogène. De plus, ceci a été retrouvé dans les études de Lim et al. (1995), Shrader-Bogen et al. (1997) et Tefilli et al. (1998) qui indiquent qu'il n'existe pas de différences significatives entre les différents traitements. Nous avons également vérifié s'il existait des différences chez les conjointes en fonction du traitement de leur époux. Là encore, ces différences sont minimes et sont certainement dues à la taille des échantillons. Nous considérons donc notre population totale de conjointes (conjointes de patients traités par chimiothérapie et radiothérapie) comme homogène.

En ce qui concerne les différences entre les patients qui ont participé à l'étude entière et ceux qui ont abandonné, on n'observe aucune différence. Chez les conjointes, on remarque seulement que celles qui ont participé aux quatre temps d'évaluation utilisent plus de stratégies de coping centrées sur le problème. Même si on peut affirmer que le fait que les conjointes adoptent ce type de stratégies est un facteur prédictif d'une participation totale à l'étude, cette seule différence ne nous permet pas d'affirmer que notre population de conjointes est hétérogène.

En conclusion, notre population d'étude est homogène, ceci nous permet donc de réaliser nos analyses statistiques en évitant certains biais méthodologiques.

## **V. Résultats**

### **A. Hypothèse 1 : Les patients atteints d'un cancer de la prostate et leur conjointe ont plus de troubles émotionnels, une qualité de vie plus altérée et utilisent plus de stratégies de coping en comparaison à la population générale.**

Nous avons voulu savoir dans quelle mesure les patients atteints d'un cancer de la prostate et les conjointes sont affectés par le traitement du cancer de la prostate. Nous avons donc comparé les scores de notre population avec ceux de la population générale

pour les questionnaires qui nous le permettaient (STAI, SF12 et WCC), et nous nous sommes servis des seuils de références proposés par Fuhrer et Rouillon (1989) pour le CES-D. Pour effectuer ces comparaisons, nous avons utilisé le test-t de student pour échantillons indépendants. Pour chaque test-t, le test de Levene a été effectué pour vérifier l'homogénéité des variances.

### **1. Comparaisons des patients à la population générale**

Les patients de notre étude ne présentent pas plus de symptômes anxieux que la population générale. Concernant les symptômes dépressifs, nous avons utilisé le seuil recommandé par Fuhrer et Rouillon (1989) qui indique la présence de ces symptômes si le score à l'échelle est supérieur à 17. En l'occurrence, nous observons, en fonction du temps d'étude, que 13,22 à 18,46% de notre échantillon souffrent de troubles dépressifs. Au niveau de la qualité de vie, les patients de cette étude ont une santé physique identique à des hommes âgés de 65 à 74 ans et une santé mentale meilleure à tous les temps du traitement. Enfin, nous remarquons, qu'à tous les temps de l'étude, les patients utilisent moins de stratégies de coping centrées sur le problème, moins de stratégies de coping centrées sur l'émotion et moins de stratégies de recherche de soutien social, que la population générale (Tableau 45).

		N	Moyenne	Ecart type	t
Anxiété	Population générale	113	35,73	10,34	
	T1	129	33,51	9,87	1,22
	T2	120	34,62	9,75	0,60
	T3	113	32,67	9,70	1,64
	T4	94	33,21	10,50	1,24
Qualité de vie santé physique	Population générale	472	45,70	9,00	
	T1	130	46,76	7,72	1,30
	T2	120	45,55	8,85	0,15
	T3	112	45,60	8,92	0,09
	T4	94	46,10	9,00	0,36
Qualité de vie santé mentale	Population générale	472	48,30	9,20	
	T1	130	50,65	9,46	<b>2,28*</b>
	T2	120	51,06	9,16	<b>2,71*</b>
	T3	112	50,72	9,26	<b>2,29*</b>
	T4	94	51,31	9,69	<b>2,55*</b>
Coping centré sur le problème	Population générale	221	28,04	5,71	
	T1	125	25,64	6,56	<b>3,91*</b>
	T2	120	26,13	6,02	<b>3,31*</b>
	T3	111	26,77	6,05	<b>2,13*</b>
	T4	94	26,21	6,22	<b>2,74*</b>
Coping centré sur l'émotion	Population générale	221	20,22	5,49	
	T1	126	16,74	5,06	<b>7,31*</b>
	T2	121	17,31	5,52	<b>5,52*</b>
	T3	111	17,33	5,22	<b>5,53*</b>
	T4	84	18,64	5,25	<b>2,78*</b>
Coping centré sur la recherche de soutien social	Population générale	221	25,45	5,04	
	T1	124	22,18	5,69	<b>6,12*</b>
	T2	121	22,51	5,29	<b>5,83*</b>
	T3	111	22,11	5,71	<b>5,96*</b>
	T4	84	22,56	5,34	<b>5,03*</b>
Dépression		n	>17	%	
	T1	130	24	18,46	
	T2	121	16	13,22	
	T3	113	18	15,92	
	T4	94	15	15,95	

**Tableau 45 : Comparaisons des patients de l'étude à la population générale.**

\* p<0,05

Nous avons également souhaité connaître, parmi les patients, le pourcentage de ces derniers qui ont un score d'anxiété, de dépression et de qualité de vie élevé. Nous avons catégorisé notre échantillon en 3 groupes : le premier groupe correspond aux personnes

ayant un score inférieur à la moyenne de l'échantillon moins un écart-type, le groupe 2 correspond aux personnes ayant un score compris entre la moyenne de l'échantillon moins un écart-type et la moyenne de l'échantillon plus un écart-type, et le groupe 3 correspond aux personnes ayant un score supérieur à la moyenne de l'échantillon plus un écart-type. Nous avons choisi de catégoriser nos patients de cette manière car, au niveau statistique dans le contexte de la loi normale, l'intervalle compris entre « la moyenne moins un écart-type » et « la moyenne plus un écart-type » représente plus des deux tiers de la population.

Nous observons donc, qu'à T1, 12,4% des patients sont anxieux car leur score est supérieur à la moyenne de la population générale plus un écart-type, qu'ils sont 10,8% à T2, 8,8% à T3 et 12,8% à T4. Nous remarquons qu'à T1, 11,5% d'entre eux présentent une altération de la santé physique car ils ont un score de santé physique inférieur à celui de la population générale moins un écart type, qu'ils sont 20,8% à T2, 17,9% à T3 et 18,1% à T4. Enfin, nous observons que 15,3% d'entre eux présentent une altération de la santé mentale car ils ont un score de santé mentale inférieur à la moyenne de la population générale moins un écart-type, qu'ils sont 10,8% à T2, 10,7% à T3 et 16% à T4 (Tableau 46).

		< à -1 écart type		Entre -1 et +1 écart type		> à +1 écart type	
		N	%	N	%	N	%
Anxiété générale	T1	32	24,8	81	62,8	16	12,4
	T2	20	16,7	87	72,5	13	10,8
	T3	31	27,4	72	63,7	10,	8,8
	T4	26	27,7	56	59,6	12	12,8
Qualité de vie santé physique	T1	15	11,5	100	76,3	16	12,2
	T2	25	20,8	80	66,7	15	12,5
	T3	20	17,9	74	66,1	18	16,1
	T4	17	18,1	66	70,2	11	11,7
Qualité de vie santé mentale	T1	20	15,3	70	53,4	41	31,3
	T2	13	10,8	72	60,0	35	29,2
	T3	12	10,7	65	58,0	35	31,3
	T4	15	16,0	50	53,2	29	30,9

**Tableau 46 : Répartition des patients de l'étude en fonction de leurs scores**

Enfin, nous avons voulu approfondir la connaissance des patients de cette étude, en présentant les caractéristiques de ces derniers aux questionnaires d'anxiété et de qualité de vie spécifique au cancer de la prostate, questionnaire ne disposant pas de seuil de référence. Nous observons que les patients ont une anxiété liée au cancer, une anxiété liée au test PSA et une anxiété liée à la rechute faibles. De plus, ils ne présentent pas d'altération importante du bien-être physique, social, émotionnel et fonctionnel, et ne présentent que peu de symptômes et inquiétudes liés au cancer de la prostate (Tableau 47).

	Temps	N	Moyenne	Ecart-type
Anxiété liée au cancer	T1	131	7,23	6,19
	T2	120	6,82	5,54
	T3	111	5,75	5,43
	T4	94	6,74	6,33
Anxiété liée au test psa	T1	131	0,58	1,53
	T2	120	0,36	1,12
	T3	111	0,26	0,84
	T4	94	0,27	0,75
Anxiété liée à la rechute	T1	131	3,00	2,12
	T2	120	2,90	2,30
	T3	111	2,74	2,09
	T4	94	2,35	3,86
Bien-être physique	T1	129	24,90	3,37
	T2	120	23,83	3,51
	T3	111	23,54	3,64
	T4	94	24,10	3,89
Bien-être social	T1	128	20,18	5,44
	T2	119	20,21	4,98
	T3	111	19,85	5,22
	T4	93	19,99	4,98
Bien-être émotionnel	T1	129	20,08	3,43
	T2	120	20,56	3,47
	T3	110	20,78	3,34
	T4	94	20,03	3,75
Bien-être fonctionnel	T1	129	19,09	5,56
	T2	120	19,43	4,64
	T3	111	18,81	4,91
	T4	94	19,37	4,95
Symptômes	T1	129	34,33	6,18
	T2	121	32,91	6,16
	T3	111	32,54	6,16
	T4	94	33,65	6,76

**Tableau 47 : Moyennes et écarts-types des patients aux questionnaires spécifiques au cancer de la prostate.**

## **2. Comparaisons des conjointes à la population générale**

Les conjointes n'éprouvent pas plus de symptômes liés à l'anxiété état que la population générale. Concernant les symptômes dépressifs, nous avons utilisé le seuil recommandé par Fuhrer et Rouillon (1989) qui indique la présence de ces symptômes si le score à l'échelle est supérieur à 23. Nous observons, en fonction du temps d'étude que 14,77 à 21,51% des conjointes souffrent de troubles dépressifs. Au niveau de la qualité de vie, elles ont une santé physique meilleure que des femmes âgées de 65 à 74 ans au cours du traitement. En revanche, leur santé mentale est inférieure, mais uniquement au début du traitement. Enfin, à l'instar des patients, elles utilisent moins de stratégies de coping centrée sur le problème et moins de stratégies de coping centrées sur l'émotion, en comparaison à la population générale. Elles utilisent également moins la stratégie de recherche de soutien social mais uniquement au début du traitement (Tableau 48).

		n	Moyenne	Ecart type	t
Anxiété	Population générale	87	40,75	10,32	
	T1	96	41,53	13,78	0,51
	T2	87	38,71	12,05	1,44
	T3	79	39,74	12,92	0,64
	T4	66	38,93	12,34	1,11
Qualité de vie santé physique	Population générale	472	45,70	9,00	
	T1	96	48,51	9,08	<b>2,97*</b>
	T2	88	48,48	9,25	<b>2,76*</b>
	T3	78	48,62	9,29	<b>2,72*</b>
	T4	65	46,55	9,99	0,67
Qualité de vie santé mentale	Population générale	472	48,30	9,20	
	T1	96	45,82	10,05	<b>2,37*</b>
	T2	88	47,19	9,89	1,03
	T3	78	47,14	10,06	1,00
	T4	65	48,01	9,55	0,24
Coping centré sur le problème	Population générale	247	27,79	6,78	
	T1	94	24,35	6,14	<b>5,20*</b>
	T2	85	24,86	6,08	<b>4,26*</b>
	T3	76	25,52	6,05	<b>3,14*</b>
	T4	65	25,73	6,53	<b>2,46*</b>
Coping centré sur l'émotion	Population générale	247	21,70	5,60	
	T1	94	18,41	5,07	<b>6,03*</b>
	T2	86	18,73	5,11	<b>5,17*</b>
	T3	76	18,42	4,92	<b>5,58*</b>
	T4	65	19,51	4,64	<b>3,66*</b>
Coping centré sur la recherche de soutien social	Population générale	247	20,15	4,76	
	T1	94	18,58	5,81	<b>2,53*</b>
	T2	86	19,10	6,02	1,57
	T3	76	19,17	6,27	1,32
	T4	65	19,45	6,10	0,90
Dépression		n	>23	%	
	T1	98	20	20,40	
	T2	88	13	14,77	
	T3	79	17	21,51	
	T4	66	12	18,18	

**Tableau 48 : Comparaisons des conjointes de l'étude à la population générale.**

\* p<0,05

Comme pour les patients, nous avons souhaité connaître, parmi les conjointes, le pourcentage de ces dernières qui ont un score d'anxiété, de dépression et de qualité de vie

élevé. Nous avons catégorisé nos variables en 3 groupes de la même manière que pour les patients.

Nous observons qu'à T1, 22,9% d'entre elles sont anxieuses car elles ont un score supérieur à la moyenne de la population générale plus un écart-type, qu'elles sont 17,2% à T2, 20,3% à T3 et 21,2% à T4. Nous remarquons qu'à T1, 11,5% d'entre elles présentent une altération de la santé physique, car elles ont un score de santé physique inférieur à la moyenne de la population générale moins un écart-type, qu'elles sont 11,4% à T2, 12,8% à T3 et 18,5% à T4. Enfin, nous observons qu'à T1 26% d'entre elles présentent une altération de la santé mentale car elles ont un score de santé mentale inférieur à la moyenne de la population générale moins un écart-type, qu'elles sont 22,7% à T2, 21,8% à T3 et 24,6% à T4 (Tableau 49).

		< à -1 écart type		Entre -1 et +1 écart type		> à +1 écart type	
		N	%	N	%	N	%
Anxiété générale	T1	26	27,1	58	50	22	22,9
	T2	27	31,0	45	51,7	15	17,2
	T3	22	27,8	41	51,9	16	20,3
	T4	20	30,3	32	48,5	14	21,2
Qualité de vie santé physique	T1	11	11,5	59	61,5	26	27,1
	T2	10	11,4	56	63,6	22	25
	T3	10	12,8	44	56,4	24	30,8
	T4	12	18,5	37	56,9	16	24,6
Qualité de vie santé mentale	T1	25	26	60	62,5	11	11,5
	T2	20	22,7	57	64,8	11	12,5
	T3	17	21,8	50	64,1	11	14,1
	T4	16	24,6	38	58,5	11	16,9

**Tableau 49 : Répartition des conjointes de l'étude en fonction de leurs scores**

Enfin, nous avons également voulu approfondir la connaissance des conjointes de cette étude, en présentant les caractéristiques de ces dernières aux questionnaires de qualité de vie spécifique aux conjoints de patients atteints d'un cancer, questionnaire ne disposant pas de seuil de référence. Nous observons que les conjointes présentent une faible altération de la qualité de vie spécifique aux conjoints de patients atteints d'un cancer, une bonne communication familiale et conjugale et sont satisfaites du soutien social (Tableau 50).

	Temps	N	Moyenne	Ecart-type
Altération de la qualité de vie	T1	98	30,04	16,77
	T2	88	26,27	17,29
	T3	79	25,81	17,55
	T4	66	25,11	17,15
Communication	T1	97	9,22	4,26
	T2	88	9,89	3,98
	T3	77	9,33	4,34
	T4	66	9,31	3,55
Insatisfaction du soutien social	T1	98	3,54	2,68
	T2	87	3,52	2,77
	T3	77	3,85	2,37
	T4	64	3,96	2,55

**Tableau 50 : Moyennes et écarts-types des conjointes aux questionnaires de qualité de vie spécifique aux conjoints de patients atteints d'un cancer.**

**B. Hypothèse 2 : Les stratégies d'ajustement, le soutien social, la qualité de la relation conjugale, l'ajustement dyadique, l'état émotionnel et la qualité de vie évoluent positivement au cours du traitement et dans les mois qui suivent.**

Pour vérifier cette hypothèse, les données ont été traitées au moyen d'une Anova pour plan à mesures répétées. Cette analyse suppose une sphéricité satisfaisante (covariances similaires). Cette condition n'étant pas toujours vérifiée, nous avons utilisé le F de Greenhouse-Geiser avec les degrés de liberté corrigés, qui est un test très rigoureux qui réduit le risque d'erreur dû à une violation de la sphéricité. Nous avons également fait une comparaison par paire en suivant la procédure de Bonferroni.

**1. Evolution chez les patients**

On observe que chez les patients, certaines dimensions de l'anxiété, de la qualité de vie, du soutien social et des stratégies de coping évoluent au cours du traitement (Tableau 51). Les résultats montrent qu'il y a une évolution significative des scores moyens d'anxiété liée au cancer dans le temps. La moyenne des scores d'anxiété liée au cancer, au début du traitement, est significativement supérieure à celles observées à la fin du traitement et quatre mois après, la moyenne des scores d'anxiété liée au cancer au milieu du traitement est significativement supérieure à celle observée quatre mois après la fin du traitement, et la

moyenne des scores d'anxiété liée au cancer à la fin du traitement est significativement supérieure à celle observée quatre mois après.

Concernant la qualité de vie, les résultats indiquent qu'il y a une évolution au cours du traitement de certaines dimensions de la qualité de vie spécifique au cancer de la prostate. En effet, le bien-être physique s'altère significativement au cours du traitement et après. La moyenne des scores de bien-être physique au début du traitement est significativement supérieure en comparaison à celles observées au milieu et à la fin du traitement. On observe également une diminution significative de la dimension relative aux symptômes et inquiétudes liés au cancer de la prostate, ce qui se traduit par une augmentation de ces symptômes et inquiétudes. La moyenne des scores de cette dimension au début du traitement est significativement supérieure à celles observées au milieu et à la fin du traitement.

Les résultats concernant le soutien social perçu, suggèrent qu'il existe une diminution, au cours du traitement, du soutien social informatif. La moyenne des scores de soutien social informatif au début du traitement est significativement supérieure à celle observée à la fin et quatre mois après, et celle observée au milieu du traitement est également supérieure à celles observées à la fin du traitement et quatre mois après.

Enfin, les résultats suggèrent que les stratégies de coping centrées sur l'émotion augmentent significativement, au cours du traitement et quatre mois après. La moyenne des scores de coping centré sur l'émotion au début du traitement est significativement inférieure à celle observée quatre mois après.

	N	Moyenne (écart-type)				F (ddl)	Comparaison par paires (test de Bonferroni)					
		T1	T2	T3	T4		T1-T2	T1-T3	T1-T4	T2-T3	T2-T4	T3-T4
Anxiété	89	33,27 (9,67)	33,50 (9,13)	32,28 (9,15)	33,73 (10,11)	0,88 (3,264)	-0,27	0,99	,054	1,21	0,76	-,045
Anxiété liée au cancer	91	6,74 (6,05)	6,50 (6,25)	5,65 (5,69)	4,68 (5,53)	<b>2,77 (3,270)*</b>	0,24	<b>1,08*</b>	<b>2,06*</b>	0,85	<b>1,82*</b>	<b>0,97*</b>
Anxiété liée au test psa	91	0,47 (1,23)	0,37 (1,31)	0,28 (0,91)	0,24 (0,72)	1,81 (3,270)	0,009	0,19	0,23	0,008	0,13	0,004
Anxiété liée à la rechute	91	3,04 (2,05)	2,86 (2,22)	2,81 (2,03)	2,28 (3,87)	1,65 (3,270)	0,17	0,23	0,75	0,005	0,58	0,52
Dépression	89	10,47 (7,94)	9,58 (7,76)	10,24 (8,37)	10,21 (8,48)	1,06 (3,264)	0,89	0,22	0,26	-0,66	-0,62	0,003
Qualité de vie santé physique	89	47,39 (7,47)	45,59 (9,00)	46,25 (8,53)	46,35 (9,07)	1,75 (3,264)	1,79	1,13	1,03	-0,65	-0,75	-0,009
Qualité de vie santé mentale	89	50,72 (9,81)	51,40 (9,48)	50,80 (9,03)	51,53 (9,66)	0,40 (3,264)	-0,68	-0,007	-0,80	0,60	-0,12	-0,72
Bien-être physique	88	25,09 (3,16)	23,98 (3,63)	23,62 (3,68)	24,17 (3,85)	<b>7,77 (3,261)*</b>	<b>1,11*</b>	<b>1,47*</b>	0,92	0,35	-0,18	-0,54
Bien-être social	87	19,93 (5,76)	20,33 (5,38)	20,12 (5,11)	20,09 (5,02)	0,28 (3,258)	-0,40	-0,18	-0,15	0,21	0,24	0,003
Bien-être émotionnel	88	20,32 (3,48)	20,79 (3,57)	20,84 (3,37)	20,20 (3,71)	2,60 (3,261)	-0,46	-0,51	0,12	-0,005	0,58	0,63
Bien-être fonctionnel	88	19,04 (5,70)	19,58 (4,99)	18,68 (4,93)	19,45 (4,85)	1,80 (3,261)	-0,53	0,36	-0,40	0,89	0,12	-0,76
Symptômes	88	34,74 (5,72)	32,67 (6,49)	32,74 (6,11)	33,50 (6,79)	<b>6,13 (3,261)*</b>	<b>2,06*</b>	<b>2,00*</b>	1,23	-0,006	-0,83	-0,76
Soutien social émotionnel	83	27,68 (8,62)	27,18 (9,21)	27,29 (8,38)	25,36 (8,90)	2,92 (3,246)	0,50	0,39	2,32	-0,10	1,82	1,92
Soutien social matériel	75	12,81 (4,95)	12,90 (5,42)	13,02 (5,05)	12,68 (4,93)	0,18 (3,222)	-0,009	-0,21	0,12	-0,11	0,22	0,34
Soutien social informatif	76	6,51 (2,02)	6,15 (2,16)	5,51 (2,02)	5,34 (2,32)	<b>10,25 (3,25)*</b>	0,35	<b>1,00*</b>	<b>1,17*</b>	<b>0,64*</b>	<b>0,81*</b>	0,17
Soutien social négatif	79	6,46 (2,80)	6,48 (2,71)	6,64 (3,06)	6,81 (3,08)	0,752 (3,234)	-0,001	-0,17	-0,34	-0,16	-0,32	-0,16
Disponibilité du soutien	80	24,32 (4,26)	24,37 (4,50)	24,55 (4,52)	24,43 (4,61)	0,18 (3,237)	-0,005	-0,22	-0,11	-0,17	-0,005	0,11
Intensité du soutien	79	21,02 (3,38)	20,64 (3,59)	20,91 (3,76)	20,76 (3,37)	0,77 (3,234)	0,38	0,11	0,26	-0,26	-0,12	0,14
Conflit	80	18,80 (5,08)	19,10 (4,94)	18,89 (6,09)	18,92 (5,95)	0,16 (3,237)	-0,29	-0,008	-0,11	0,21	0,17	-0,003
Ajustement dyadique	82	70,09 (11,11)	70,43 (11,67)	70,48 (12,39)	70,17 (12,05)	0,15 (3,243)	-0,33	-0,38	-0,008	-0,005	0,25	0,30
Coping centré sur le problème	85	25,85 (6,84)	26,49 (6,04)	27,00 (6,11)	26,57 (6,30)	1,21 (3,252)	-0,63	-1,12	-0,72	-0,51	-0,008	0,43
Coping centré sur l'émotion	86	17,40 (5,40)	17,99 (5,68)	17,74 (5,43)	18,95 (5,24)	<b>5,21 (3,255)*</b>	-0,59	-0,34	<b>-1,55*</b>	0,24	-0,96	-1,21
Coping centré sur la recherche de soutien social	85	22,64 (5,70)	22,57 (5,41)	22,29 (5,77)	22,94 (5,32)	0,49 (3,252)	0,002	0,34	-0,30	0,28	-0,36	-0,65

**Tableau 51 : Evolution des différentes variables étudiées au cours du traitement et quatre mois après chez les patients**

\* p<0,05

## **2. Evolution chez les conjointes**

On observe que, chez les conjointes, il n'y a aucune évolution de l'état physique et psychologique, de la perception de la relation conjugale, du soutien social ou de l'utilisation des stratégies de coping (Tableau 52). La seule évolution que nous constatons concerne le soutien social informatif qui change au cours du traitement et quatre mois après. Plus précisément, il existe une diminution significative entre la moyenne des scores de soutien informatif au début du traitement et celle observée à la fin.

	N	Moyenne (écart-type)				F (ddl)	Comparaison par paires (test de bonferroni)					
		T1	T2	T3	T4		T1-T2	T1-T3	T1-T4	T2-T3	T2-T4	T3-T4
Anxiété	57	41,58 (13,32)	40,44 (11,94)	40,42 (13,56)	39,52 (12,11)	0,97 (3,168)	1,14	1,15	2,06	0,001	0,92	0,90
Dépression	59	15,08 (8,62)	15,03 (10,20)	16,02 (11,21)	14,46 (10,27)	1,08 (3,174)	0,005	-0,93	0,62	-0,99	0,56	1,55
Qualité de vie santé physique	58	48,17 (10,01)	47,81 (9,91)	48,28 (9,39)	45,50 (10,05)	2,00 (3,171)	0,35	-0,11	2,66	-0,47	2,30	2,77
Qualité de vie santé mentale	58	45,61 (10,19)	46,49 (10,28)	47,78 (9,72)	48,08 (9,71)	1,29 (3,171)	-0,88	-2,16	-2,46	-1,28	-1,58	-0,30
Altération de la qualité de vie spécifique	59	28,61 (16,53)	26,14 (16,43)	24,92 (16,42)	25,29 (17,42)	2,77 (3,174)	2,47	3,69	3,31	1,21	0,84	-0,37
Communication	58	8,86 (4,28)	9,52 (3,95)	8,86 (4,20)	9,12 (3,53)	0,88 (3,171)	-0,66	-0,005	-0,26	0,66	0,39	-0,26
Insatisfaction du soutien social	55	3,26 (2,65)	3,36 (2,62)	3,87 (2,57)	3,83 (2,52)	2,61 (3,162)	-0,10	-0,61	-0,57	-0,51	-0,4	0,004
Soutien social émotionnel	56	27,37 (8,82)	25,21 (9,07)	25,10 (8,64)	26,65 (8,38)	2,62 (3,165)	2,15	2,26	0,71	0,11	-1,44	-1,55
Soutien social matériel	52	11,95 (4,14)	11,36 (3,82)	11,55 (3,73)	11,55 (4,46)	0,40 (3,153)	0,59	0,40	0,40	-0,19	-0,19	0,000
Soutien social informatif	53	6,23 (1,92)	5,81 (2,20)	5,45 (1,88)	5,50 (2,06)	<b>7,77 (3,156)*</b>	0,42	<b>0,77*</b>	0,72	0,35	0,30	-0,004
Soutien social négatif	54	7,44 (2,85)	7,42 (2,66)	7,38 (2,54)	7,29 (2,78)	0,07 (3,159)	0,001	0,005	0,14	0,003	0,13	0,009
Disponibilité du soutien	55	23,41 (3,89)	23,18 (4,70)	23,21 (4,18)	22,94 (4,79)	0,53 (3,162)	0,23	0,20	0,47	-0,003	0,23	0,26
Intensité du soutien	55	20,94 (2,94)	20,55 (3,38)	20,08 (3,58)	20,18 (3,54)	2,50 (3,162)	0,39	0,85	0,76	0,46	0,36	-0,009
Conflit	55	21,26 (6,30)	20,63 (6,02)	20,56 (6,40)	21,29 (6,38)	1,07 (3,162)	0,63	0,70	-0,002	0,007	-0,66	-0,73
Ajustement dyadique	55	70,70 (10,65)	69,43 (10,75)	68,60 (11,71)	67,84 (12,66)	1,46 (3,162)	1,27	2,10	2,86	0,82	1,58	0,76
Coping centré sur le problème	55	25,72 (6,14)	24,78 (5,73)	25,29 (6,20)	25,77 (6,77)	0,82 (3,162)	0,93	0,42	-0,005	-0,50	-0,99	-0,48
Coping centré sur l'émotion	56	18,32 (4,88)	18,90 (5,11)	18,61 (4,87)	19,39 (4,82)	1,46 (3,165)	-0,58	-0,29	-1,06	0,29	-0,48	-0,77
Coping centré sur la recherche de soutien social	56	18,91 (5,85)	19,27 (5,89)	19,21 (6,55)	19,53 (6,20)	0,35 (3,165)	-0,36	-0,30	-0,62	0,005	-0,25	-0,31

**Tableau 52 : Evolution des différentes variables étudiées au cours du traitement et quatre mois après chez les conjointes**

\* p<0,05

**C. Hypothèse 3 : Les conjointes ont une qualité de vie plus altérée et des troubles émotionnels plus importants, ont une moins bonne perception du soutien social et de leur relation conjugale et utilisent moins de stratégies de coping que les patients.**

Pour vérifier cette hypothèse, nous avons utilisé le test-t de Student pour échantillons indépendants. Pour chaque test-t, le test de Levene a été effectué pour vérifier l'homogénéité des variances.

**1. Comparaisons Patients/Conjointes au début du traitement**

Le tableau 53, ci-dessous, présente les résultats des comparaisons effectuées entre les patients et les conjointes au début du traitement. Il existe des différences significatives entre les patients et les conjointes. En effet, nous observons qu'au début du traitement, les conjointes sont plus anxieuses, présentent plus de troubles dépressifs et ont une altération de la dimension mentale de la qualité de vie générale plus importante que les patients. Elles utilisent davantage de stratégies de coping centrées sur l'émotion alors que les patients adoptent plus stratégie de recherche de soutien social. En ce qui concerne la qualité de la relation conjugale, les conjointes relatent plus de conflits au sein du couple que les patients.

Variables	Sujets	N	Moyenne	Ecart-type	Test-t	
					t	ddl
Anxiété	Patients	129	33,51	9,87	<b>4,846*</b>	223
	Conjointes	96	41,53	13,78		
Dépression	Patients	130	10,57	7,75	<b>4,310*</b>	226
	Conjointes	98	15,55	9,26		
Qualité de vie santé physique	Patients	130	46,76	7,72	1,56	224
	Conjointes	96	48,51	9,08		
Qualité de vie santé mentale	Patients	130	50,65	9,46	<b>3,692*</b>	224
	Conjointes	96	45,82	10,05		
Soutien social émotionnel	Patients	123	27,44	9,12	0,208	215
	Conjointes	94	27,18	9,46		
Soutien social matériel	Patients	120	12,74	5,11	0,601	209
	Conjointes	91	12,34	4,47		
Soutien social informatif	Patients	117	6,45	2,17	0,581	204
	Conjointes	89	6,28	2,04		
Soutien social négatif	Patients	123	6,32	2,68	1,922	212
	Conjointes	91	7,04	2,70		
Disponibilité du soutien	Patients	124	24,61	3,88	1,763	213
	Conjointes	91	23,66	3,92		
Intensité du soutien	Patients	123	20,95	3,15	0,407	211
	Conjointes	90	20,77	3,03		
Conflit	Patients	124	18,99	5,13	<b>2,610*</b>	212
	Conjointes	90	21,03	6,26		
Ajustement dyadique	Patients	124	70,03	11,49	0,069	217
	Conjointes	95	70,14	11,80		
Coping centré sur le problème	Patients	125	25,64	6,56	1,480	217
	Conjointes	94	24,35	6,14		
Coping centré sur l'émotion	Patients	126	16,74	5,06	<b>2,422*</b>	218
	Conjointes	94	18,41	5,07		
Coping centré sur la recherche de soutien social	Patients	124	22,18	5,69	<b>4,578*</b>	216
	Conjointes	94	18,58	5,81		

**Tableau 53 : Comparaisons entre les patients et les conjointes de l'étude au début du traitement**

\* p<0,05

## 2. Comparaisons Patients/Conjointes au milieu du traitement

Le tableau 54, ci-dessous, présente les résultats des comparaisons effectuées entre les patients et les conjointes au milieu du traitement. Les conjointes présentent toujours plus d'anxiété et de troubles dépressifs, et ont toujours une altération de la dimension mentale de la qualité de vie générale plus grande que les patients. Une différence significative au niveau de la dimension physique de la qualité de vie générale apparaît : elle est plus altérée chez les patients que chez les conjointes. Les patients utilisent plus la stratégie de recherche de soutien social que les conjointes et ces dernières perçoivent plus de soutien social négatif.

Variables	Sujets	N	Moyenne	Ecart-type	Test-t	
					t	ddl
Anxiété	Patients	120	34,62	9,75	<b>2,60*</b>	205
	Conjointes	87	38,71	12,05		
Dépression	Patients	121	9,56	7,42	<b>3,90*</b>	207
	Conjointes	88	14,33	9,56		
Qualité de vie santé physique	Patients	120	45,55	8,85	<b>2,31*</b>	206
	Conjointes	88	48,48	9,25		
Qualité de vie santé mentale	Patients	120	51,06	9,16	<b>2,91*</b>	206
	Conjointes	88	47,19	9,89		
Soutien social émotionnel	Patients	117	26,96	8,92	0,56	197
	Conjointes	82	26,22	9,52		
Soutien social matériel	Patients	114	12,47	5,39	1,37	194
	Conjointes	82	11,50	4,46		
Soutien social informatif	Patients	116	6,10	2,25	1,72	197
	Conjointes	83	5,54	2,30		
Soutien social négatif	Patients	111	6,08	2,51	<b>3,00*</b>	193
	Conjointes	84	7,17	2,55		
Disponibilité du soutien	Patients	118	24,23	4,65	1,01	200
	Conjointes	84	23,57	4,48		
Intensité du soutien	Patients	118	20,50	3,70	0,64	200
	Conjointes	84	20,82	3,08		
Conflit	Patients	118	19,05	5,22	1,55	200
	Conjointes	84	20,29	6,07		
Ajustement dyadique	Patients	118	70,18	12,15	0,17	200
	Conjointes	84	70,47	10,61		
Coping centré sur le problème	Patients	120	26,13	6,02	1,48	203
	Conjointes	85	24,86	6,08		
Coping centré sur l'émotion	Patients	121	17,31	5,52	1,87	205
	Conjointes	86	18,73	5,11		
Coping centré sur la recherche de soutien social	Patients	121	22,51	5,29	<b>4,31*</b>	205
	Conjointes	86	19,10	6,02		

**Tableau 54 : Comparaisons entre les patients et les conjointes de l'étude au milieu du traitement**

\*p<0,05

### 3. Comparaisons Patients/Conjointes à la fin du traitement

Le tableau 55, ci-dessous, présente les résultats des comparaisons effectuées entre les patients et les conjointes à la fin du traitement. Les conjointes présentent encore une fois plus d'anxiété, plus de troubles dépressifs, et leur dimension mentale de la qualité de vie générale est plus faible. Leur perception des conflits au sein du couple est plus importante. Les patients sont toujours plus en recherche de soutien social que les conjointes.

Variables	Sujets	N	Moyenne	Ecart-type	Test-t	
					t	ddl
Anxiété	Patients	113	32,67	9,70	<b>4,15*</b>	190
	Conjointes	79	39,74	12,92		
Dépression	Patients	113	10,26	8,33	<b>3,45*</b>	190
	Conjointes	79	15,31	10,96		
Qualité de vie santé physique	Patients	112	45,60	8,92	<b>2,25*</b>	188
	Conjointes	78	48,62	9,29		
Qualité de vie santé mentale	Patients	112	50,72	9,26	<b>2,52*</b>	188
	Conjointes	78	47,14	10,06		
Soutien social émotionnel	Patients	109	26,63	8,48	1,32	183
	Conjointes	76	24,89	9,23		
Soutien social matériel	Patients	110	12,20	4,92	1,06	179
	Conjointes	71	11,45	4,05		
Soutien social informatif	Patients	111	5,60	2,16	0,94	184
	Conjointes	75	5,30	1,97		
Soutien social négatif	Patients	111	6,45	2,91	1,76	183
	Conjointes	74	7,18	2,57		
Disponibilité du soutien	Patients	107	24,54	4,18	1,66	181
	Conjointes	76	23,51	4,07		
Intensité du soutien	Patients	107	20,75	3,60	0,76	181
	Conjointes	76	20,35	3,38		
Conflit	Patients	107	18,91	5,72	<b>2,26*</b>	181
	Conjointes	76	21,07	7,17		
Ajustement dyadique	Patients	106	70,97	11,56	0,98	180
	Conjointes	76	69,25	11,91		
Coping centré sur le problème	Patients	111	26,77	6,05	1,39	185
	Conjointes	76	25,52	6,05		
Coping centré sur l'émotion	Patients	111	17,33	5,22	1,44	185
	Conjointes	76	18,42	4,92		
Coping centré sur la recherche de soutien social	Patients	111	22,11	5,71	<b>3,31*</b>	185
	Conjointes	76	19,17	6,27		

**Tableau 55 : Comparaisons entre les patients et les conjointes de l'étude à la fin du traitement**  
\*p<0,05

#### **4. Comparaisons Patients/Conjointes quatre mois après la fin du traitement**

Le tableau 56, ci-dessous, présente les résultats des comparaisons effectuées entre les patients et les conjointes 4 mois après la fin du traitement. Nous observons toujours des différences significatives. En effet, les conjointes sont, encore une fois, plus anxieuses et ont plus de troubles dépressifs. La composante physique de la qualité de vie générale est plus altérée chez les conjointes, alors que la dimension mentale l'est plus chez les patients. La perception des conflits au sein du couple est plus élevée chez les conjointes. La perception

de la disponibilité du soutien conjugal est plus importante chez les patients qui continuent à utiliser davantage la stratégie de recherche de soutien social.

Variables	Sujets	N	Moyenne	Ecart-type	Test-t	
					t	ddl
Anxiété	Patients	94	33,21	10,50	<b>3,15*</b>	158
	Conjointes	66	38,93	12,34		
Dépression	Patients	94	10,44	8,70	<b>2,98*</b>	158
	Conjointes	66	14,91	10,18		
Qualité de vie santé physique	Patients	94	46,10	9,00	-0,30	157
	Conjointes	65	46,55	9,99		
Qualité de vie santé mentale	Patients	94	51,31	9,69	<b>2,11*</b>	157
	Conjointes	65	48,01	9,55		
Soutien social émotionnel	Patients	94	24,73	9,32	1,13	158
	Conjointes	66	26,36	8,30		
Soutien social matériel	Patients	92	12,19	4,91	1,41	155
	Conjointes	65	11,12	4,29		
Soutien social informatif	Patients	89	5,52	2,44	0,50	151
	Conjointes	64	5,33	2,09		
Soutien social négatif	Patients	89	6,66	3,05	1,25	151
	Conjointes	64	7,29	3,07		
Disponibilité du soutien	Patients	90	24,44	4,45	<b>2,35*</b>	151
	Conjointes	63	22,64	4,94		
Intensité du soutien	Patients	90	20,72	3,44	0,92	151
	Conjointes	63	20,19	3,51		
Conflit	Patients	90	18,97	5,79	<b>2,84*</b>	151
	Conjointes	63	22,19	7,54		
Ajustement dyadique	Patients	91	69,78	12,34	1,29	154
	Conjointes	65	67,15	12,76		
Coping centré sur le problème	Patients	94	26,21	6,22	0,46	157
	Conjointes	65	25,73	6,53		
Coping centré sur l'émotion	Patients	84	18,64	5,25	1,07	157
	Conjointes	65	19,51	4,64		
Coping centré sur la recherche de soutien social	Patients	84	22,56	5,34	<b>3,41*</b>	157
	Conjointes	65	19,45	6,10		

**Tableau 56 : Comparaisons entre les patients et les conjointes de l'étude quatre mois après la fin du traitement**

**D. Hypothèse 4 : Le soutien social, la qualité de la relation conjugale, l'ajustement dyadique et les stratégies de coping des patients ont des effets positifs sur leur état émotionnel et leur qualité de vie mais aussi sur l'état émotionnel et la qualité de vie des conjointes, et de la même manière, le soutien social perçu, la qualité de la relation conjugale, l'ajustement dyadique et les stratégies de coping des conjointes ont des effets positifs sur leur état émotionnel et leur qualité de vie mais aussi sur l'état émotionnel et la qualité de vie des patients.**

Pour répondre à cette hypothèse, nous avons fait le choix d'étudier les effets acteurs et partenaires du soutien social, de la relation conjugale et des stratégies de coping, évalués au début du traitement, sur l'état émotionnel et la qualité de vie au début, au milieu, à la fin du traitement et quatre mois après.

Pour vérifier cette hypothèse, nous avons utilisé le « Actor and Partner Interaction Model » (APIM) proposé par Kenny, Kashy & Cook (2006), modèle permettant de tester les relations dyadiques, et qui est reconnu, actuellement, comme étant le modèle le plus pertinent pour ce type d'analyse. Ce modèle se fonde sur la notion de « non indépendance » qui est définie comme suit : « si les deux scores de deux membres d'une même dyade sont non indépendants, alors ces deux scores sont plus similaires (ou moins différents) entre eux que deux scores de deux individus n'appartenant pas à la même dyade »<sup>34, 35</sup>.

Ce modèle est accessible à tous les types de dyades, qu'elles soient :

- Indistinguables, c'est-à-dire qu'il n'y a aucune variable qui permet de différencier les deux membres de la dyade (couple homosexuel ou vrais jumeaux de même sexe)
- Distinguables c'est-à-dire qu'il y a une ou plusieurs variables qui permettent de différencier les deux membres de la dyade (couple hétérosexuel qui se

---

<sup>34</sup> Traduction française de la définition proposée par Kenny, Kashy & Cook (2006), p. 4.

<sup>35</sup> Notons que la nonindépendance se traduit normalement par une corrélation entre les scores des deux membres de la dyade. Toutefois, une corrélation significative ne semble pas une prérogative à ce type d'analyse. En effet, les articles ne présentent pas forcément les coefficients de corrélations, et les analyses sont réalisées quelque soit la taille du coefficient de corrélation et de la significativité associée.

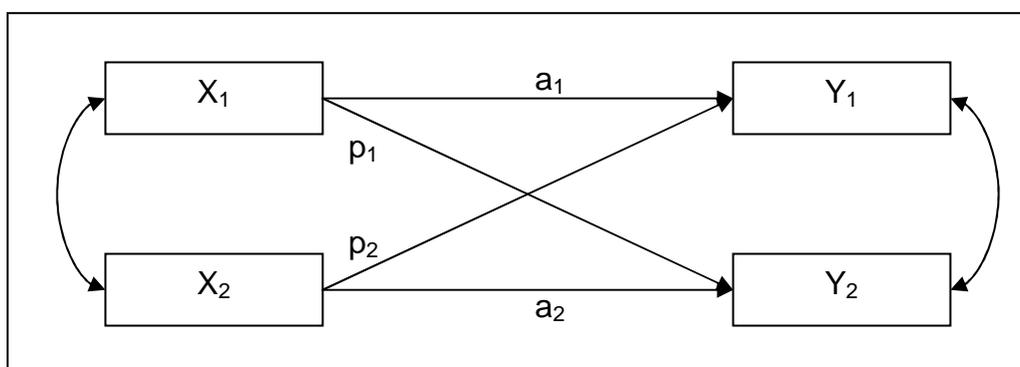
différencie par le sexe, couple patient/aidant qui différencie un membre de l'autre par le fait d'avoir ou non une maladie)

Dans notre étude, les dyades sont distinguables, les membres se différenciant à la fois par leur sexe et par le fait d'avoir ou non un cancer de la prostate.

**L'APIM considère deux effets distincts** (Figure 4):

- **L'effet acteur** (ou effet d'un individu sur lui-même) qui est l'effet d'une variable X sur une variable Y chez le même sujet (effet de  $X_1$  sur  $Y_1$  et effet de  $X_2$  sur  $Y_2$ )
- **L'effet partenaire** (ou effet d'un individu sur son partenaire) qui est l'effet d'une variable X du sujet  $S_1$  sur une variable Y du sujet  $S_2$  (effet de  $X_1$  sur  $Y_2$  et effet de  $X_2$  sur  $Y_1$ )

Il est à noter que dans chaque analyse dyadique, il y a 2 effets acteurs et 2 effets partenaires, chaque sujet ayant son propre effet acteur et son propre effet partenaire.



**Figure 4 : Modèle APIM d'après Kenny, Kashy & Cook (2006) où  $a$  est l'effet acteur et  $p$  l'effet partenaire (p.145)**

Les analyses statistiques préconisées par les auteurs pour ces analyses dyadiques sont le modèle linéaire mixte (MultiLevel Modeling, MLM) ou le modèle en équations structurales (Structural Equations Model, SEM). Le SEM est la méthode recommandée par les auteurs du fait de sa simplicité, cependant c'est une analyse qui nécessite un nombre important de sujets. C'est pour cette raison que nous avons choisi d'utiliser, dans notre étude, le MLM qui est, certes, plus long dans sa réalisation, mais qui peut être utilisé avec un nombre plus restreint de sujets. Quelle que soit l'analyse employée, elle nécessite une

présentation bien particulière des résultats de chaque membre de la dyade, appelée « pairwise » (à chaque sujet de la dyade doit être associé son propre score et celui de son partenaire). Nous avons choisi d'utiliser le logiciel statistique SPSS pour effectuer ces analyses. 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 proposée par SPSS, pour connaître la significativité du test. Concernant la lecture et l'interprétation des résultats, elles sont comparables aux autres analyses non dyadiques de type régression linéaire.

Dans les tableaux ci-dessous, nous ne présenterons que les résultats significatifs ( $p < 0,05$ ), étant donné la somme très importante de résultats associée à cette hypothèse. Cependant, la totalité des résultats est présentée en annexe.

## **1. Les effets du soutien social**

La totalité des résultats, relatifs au soutien social, est présentée dans l'annexe 4. Toutefois, nous présentons les résultats significatifs dans les tableaux ci-dessous.

### **a) Le soutien social émotionnel.**

Les résultats, présentés dans le tableau 57, indiquent que, chez les patients, le soutien émotionnel a des effets acteurs sur l'état émotionnel au cours du traitement. Ce soutien permet de diminuer l'anxiété liée au test PSA, au début et au milieu du traitement, l'anxiété état générale, au milieu du traitement, et les symptômes dépressifs, au milieu et à la fin du traitement. Il a également un effet acteur sur la qualité de vie en améliorant le bien-être fonctionnel, au début et à la fin du traitement, la santé mentale, à la fin du traitement, et le bien-être social à tous les temps de l'étude. Le soutien émotionnel perçu par les patients, a aussi des effets partenaires puisqu'il contribue à diminuer, chez les conjointes, les symptômes dépressifs, à tous les temps de l'étude, l'anxiété état, quatre mois après la fin du traitement, et l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant, à la fin et quatre mois après le traitement. Il améliore également la santé physique, au milieu, à la fin et quatre mois après le traitement, et la santé mentale, à la fin et quatre mois après la fin du traitement.

Chez les conjointes, le soutien émotionnel a des effets acteurs, positifs et négatifs, uniquement sur la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant. Il augmente l'altération de cette qualité de vie spécifique, au début du traitement ainsi que l'insatisfaction du soutien social, au milieu du traitement. Toutefois, il améliore la communication familiale et conjugale au début et au milieu du traitement. Il a également des effets partenaires positifs et négatifs. Le soutien émotionnel perçu par les conjointes, accentue l'anxiété liée au test PSA des patients,

au début du traitement, mais améliore la santé physique, au début du traitement, et le bien-être social au milieu, à la fin et quatre mois après le traitement.

Effets	Variable	Patient $\beta$ $p < 0,05$				Conjointe $\beta$ $p < 0,05$			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
<b>Acteur</b>									
	Anxiété		-0,20						
	Anxiété liée au test psa	-0,27	-0,19						
	Dépression		-0,21	-0,18					
	Qualité de vie santé mentale			0,24					
	Bien-être social	0,34	0,44	0,24	0,35				
	Bien-être fonctionnel	0,20	0,30						
	Altération qualité de vie spécifique					0,23			
	Communication					0,26	0,24		
	Insatisfaction soutien social						0,20		
<b>Partenaire</b>									
	Anxiété				-0,23				
	Anxiété liée au test psa					0,24			
	Dépression	-0,26	-0,27	-0,32	-0,26				
	Qualité de vie santé physique		0,26	0,23	0,29	0,23			
	Qualité de vie santé mentale			0,20	0,32				
	Bien-être social						0,19	0,22	0,25
	Altération qualité de vie spécifique			-0,26	-0,41				

**Tableau 57 : Résultats significatifs à  $p < 0,05$  des effets acteurs et des effets partenaires du soutien social émotionnel**

### **b) Le soutien social matériel**

Les résultats, présentés dans le tableau 58, indiquent que, chez les patients, le soutien matériel n'a d'effets acteurs que sur le bien-être social à tous les temps. Il y a quelques effets partenaires qui atténuent, chez les conjointes, l'anxiété état générale, à la fin du traitement, et les symptômes dépressif, au milieu et à la fin du traitement. On observe également des effets partenaires qui améliorent la santé mentale des conjointes, quatre mois après la fin du traitement.

Chez les conjointes, les effets sont peu nombreux. On observe un effet acteur qui améliore la communication familiale et conjugale au début du traitement. On remarque deux effets partenaires qui améliorent le bien-être physique et le bien-être social des patients, quatre mois après la fin du traitement.

Effets	Variable	Patient $\beta$ $p<0,05$				Conjointe $\beta$ $p<0,05$			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Acteur									
	Bien-être social	0,33	0,35	0,37	0,47				
	Communication					0,21			
Partenaire									
	Anxiété			-0,24					
	Dépression		-0,24	-0,21					
	Qualité de vie santé physique				0,24				
	Bien-être physique								0,21
	Bien-être social								0,24

**Tableau 58 : Résultats significatifs à  $p<0,05$  des effets acteurs et des effets partenaires du soutien social matériel**

### c) Le soutien social informatif

Les résultats, présentés dans le tableau 59, indiquent que chez les patients, le soutien informatif a de nombreux effets acteurs. Il diminue l'anxiété liée au cancer, au début du traitement, l'anxiété liée à la rechute, au milieu et à la fin du traitement, l'anxiété état générale, à la fin du traitement, et les symptômes dépressifs, au milieu et à la fin du traitement. Il a des effets acteurs positifs sur la qualité de vie car il améliore le bien-être social et le bien-être fonctionnel, au cours du traitement, et le bien-être émotionnel uniquement à la fin du traitement. Il a également un effet partenaire car diminue, chez les conjointes, l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant quatre mois après la fin du traitement.

Chez les conjointes, le soutien informatif a quelques effets acteurs. Au début du traitement, il détériore la santé physique pour l'améliorer à la fin. De plus, il contribue à l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant, au début du traitement. Il a également des effets partenaires qui se centrent à la fin du traitement et 4 mois après. Il permet d'améliorer l'anxiété liée au test PSA des patients, à la fin du traitement, mais contribue à l'altération de la santé physique des patients, à la fin du traitement et quatre mois après. Il augmente également les symptômes dépressifs des patients, quatre mois après la fin du traitement.

Effets	Variable	Patient $\beta$ $p<0,05$				Conjointe $\beta$ $p<0,05$			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
<b>Acteur</b>									
	Anxiété			-0,23					
	Anxiété liée au cancer	-0,20							
	Anxiété liée à la rechute		-0,24	-0,31					
	Dépression		-0,20	-0,19					
	Qualité de vie santé mentale					-0,19		0,21	
	Bien-être social	0,17	0,19	0,18					
	Bien-être émotionnel			0,25					
	Bien-être fonctionnel	0,18	0,36	0,23					
	Altération qualité de vie spécifique					0,31			
<b>Partenaire</b>									
	Anxiété liée au test psa							-0,20	
	Dépression								0,22
	Qualité de vie santé physique							-0,24	-0,37
	Altération qualité de vie spécifique				-0,26				

**Tableau 59 : Résultats significatifs à  $p<0,05$  des effets acteurs et des effets partenaires du soutien social informatif**

#### **d) Le soutien social négatif**

Les résultats, présentés dans le tableau 60, indiquent que, chez les patients, le soutien négatif a de nombreux effets acteurs à tous les temps de l'étude, qui sont tous néfastes à son état psychologique. Il contribue à la détérioration de l'état émotionnel en augmentant les symptômes dépressifs, à tous les temps de l'étude, et l'anxiété état générale, au début et à la fin du traitement. De plus, il détériore la santé mentale, au cours du traitement, et la santé physique, à la fin et quatre mois après le traitement. Il altère également le bien-être physique, tout au long de l'étude, et le bien-être émotionnel, à partir du milieu du traitement et jusqu'à quatre mois après. Il augmente les symptômes et inquiétudes liés au cancer, au milieu et quatre mois après le traitement. Le soutien social négatif, évalué par les patients, n'a aucun effet partenaire.

*NB : il ne faut pas oublier que l'échelle mesurant les inquiétudes et symptômes est cotée à l'envers, c'est-à-dire que plus le score augmente moins il y a de symptômes et d'inquiétudes, et inversement.*

Chez les conjointes, le soutien négatif a aussi des effets acteurs néfastes. Il augmente l'anxiété état générale, à partir du milieu du traitement et jusqu'à quatre mois après, ainsi que les symptômes dépressifs, tout au long de l'étude. Il détériore la santé mentale, au début et au milieu du traitement, et augmente l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant, au cours du traitement, ainsi que l'insatisfaction du soutien social,

quatre mois après la fin du traitement. Le soutien négatif a des effets partenaires tout à fait surprenants. Hormis le fait qu'il augmente, chez les patients, l'anxiété liée au test PSA, au début et à la fin du traitement, il améliore la santé physique des patients, au milieu et à la fin du traitement, le bien-être physique et émotionnel au milieu, à la fin et quatre mois après la fin du traitement, et diminue les symptômes et inquiétudes liés au cancer à la fin du traitement.

Effets	Variable	Patient $\beta$ $p < 0,05$				Conjointe $\beta$ $p < 0,05$			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
<b>Acteur</b>									
	Anxiété	0,23		0,28			0,23	0,33	0,29
	Dépression	0,21	0,26	0,28	0,38	0,26	0,30	0,22	0,24
	Qualité de vie santé physique			-0,27	-0,28				
	Qualité de vie santé mentale	-0,34	-0,34	-0,32		-0,29	-0,33		
	Bien-être physique	-0,33	-0,31	-0,25	-0,31				
	Bien-être émotionnel		-0,28	-0,30	-0,26				
	Symptômes et inquiétudes		-0,26	-0,26					
	Altération qualité de vie spécifique					0,27	0,28	0,19	
	Insatisfaction soutien social								0,26
<b>Partenaire</b>									
	Anxiété liée au test psa					0,24		0,20	
	Qualité de vie santé physique						0,24	0,20	
	Bien-être physique						0,17	0,23	0,20
	Bien-être émotionnel						0,19	0,21	0,23
	Symptômes et inquiétudes							0,19	

**Tableau 60 : Résultats significatifs à  $p < 0,05$  des effets acteurs et des effets partenaires du soutien social négatif**

## 2. Les effets de la relation conjugale

La totalité des résultats, relatifs à la relation conjugale, est présentée dans l'annexe 5. Toutefois, nous présentons les résultats significatifs dans les tableaux ci-dessous.

### a) La disponibilité du soutien

Les résultats, présentés dans le tableau 61, indiquent que, chez les patients, la disponibilité du soutien issu de la conjointe, n'a que très peu d'effet, puisqu'elle a un effet acteur qui améliore le bien-être social des patients, au début et au milieu du traitement, et un effet partenaire qui augmente les symptômes dépressif, au milieu du traitement, et altère la santé mentale des conjointes, à la fin du traitement.

Chez les conjointes, les effets acteurs de la disponibilité du soutien issu du patient sont beaucoup plus nombreux. On observe que la disponibilité contribue, à tous les temps de l'étude, à la diminution de l'anxiété état générale et des symptômes dépressifs. Elle

améliore la santé physique, au milieu et à la fin du traitement, et la santé mentale, au milieu, à la fin et quatre mois après le traitement. Elle participe également à la réduction de l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant, à tous les temps de l'étude, et de l'insatisfaction du soutien social, quatre mois après la fin du traitement. La disponibilité, perçue par les conjointes, a aussi de nombreux effets partenaires. Elle réduit, chez les patients, les symptômes dépressifs, tout au long de l'étude, l'anxiété liée au test PSA, au cours du traitement, l'anxiété liée à la rechute, au milieu et à la fin du traitement, et l'anxiété état générale, à la fin du traitement. Elle participe également à l'amélioration de la qualité de vie. Elle augmente la santé physique, au début du traitement, et la santé mentale, au milieu et à la fin du traitement, le bien-être fonctionnel, au cours du traitement, le bien-être physique, à la fin du traitement, et le bien-être social, au milieu et quatre mois après le traitement. Enfin elle diminue les inquiétudes et symptômes liés au cancer, des patients, au début du traitement.

Effets	Variable	Patient $\beta$ $p < 0,05$				Conjointe $\beta$ $p < 0,05$			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
<b>Acteur</b>									
	Anxiété					-0,40	-0,49	-0,50	-0,38
	Dépression					-0,50	-0,60	-0,52	-0,39
	Qualité de vie santé physique						0,32		0,28
	Qualité de vie santé mentale						0,56	0,50	0,13
	Bien-être social	0,30	0,26						
	Altération qualité de vie spécifique					-0,28	-0,46	-0,44	-0,39
	Insatisfaction soutien social								-0,30
<b>Partenaire</b>									
	Anxiété							-0,25	
	Anxiété liée au test psa					-0,28	-0,34	-0,34	
	Anxiété liée à la rechute					-0,23	-0,34		
	Dépression		0,28			-0,27	-0,24	-0,26	-0,23
	Qualité de vie santé physique					0,23			
	Qualité de vie santé mentale			-0,26			0,28	0,25	
	Bien-être physique							0,25	
	Bien-être social						0,21		0,30
	Bien-être fonctionnel					0,28	0,40	0,25	
	Symptômes est inquiétudes					0,21			

**Tableau 61 : Résultats significatifs à  $p < 0,05$  des effets acteurs et des effets partenaires de la disponibilité du soutien**

### **b) L'intensité du soutien**

Les résultats, présentés dans le tableau 62, indiquent que, chez les patients, l'intensité du soutien issu de la conjointe, n'a que très peu d'effets puisqu'on observe un effet

acteur qui diminue les symptômes et inquiétudes liés au cancer, au milieu du traitement, et un effet partenaire qui contribue à augmenter l'insatisfaction du soutien social des conjointes, quatre mois après la fin du traitement.

Chez les conjointes, l'intensité de soutien issu du patient a quelques effets acteurs, exclusivement sur la qualité de vie. Elle améliore la santé mentale, au début du traitement, diminue l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant, au début et quatre mois après la fin du traitement, et diminue l'insatisfaction du soutien social, quatre mois après la fin du traitement. Cette intensité a également des effets partenaires, là encore, uniquement sur la qualité de vie des patients. Elle contribue à améliorer la santé physique, au début, à la fin et quatre mois après la fin du traitement, et la santé mentale, au milieu du traitement. De plus, elle améliore, chez les patients, le bien-être social, au début du traitement, le bien-être fonctionnel, au milieu, à la fin et quatre mois après la fin du traitement, et diminue les symptômes et inquiétudes liés au cancer quatre mois après la fin du traitement.

Effets	Variable	Patient $\beta$ $p < 0,05$				Conjointe $\beta$ $p < 0,05$			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
<b>Acteur</b>									
	Qualité de vie santé mentale					0,36			
	Symptômes et inquiétudes		0,27						
	Altération qualité de vie spécifique					-0,39			-0,31
	Insatisfaction soutien social								-0,56
<b>Partenaire</b>									
	Qualité de vie santé physique					0,29		0,38	0,26
	Qualité de vie santé mentale						0,22		
	Bien-être physique							0,25	0,36
	Bien-être social					0,21			
	Bien-être fonctionnel						0,30	0,25	0,45
	Symptômes et inquiétudes								0,37
	Insatisfaction soutien social				0,51				

**Tableau 62 : Résultats significatifs à  $p < 0,05$  des effets acteurs et des effets partenaires de l'intensité du soutien**

### c) Les conflits conjugaux

Les résultats, présentés dans le tableau 63, indiquent que, chez les patients, les conflits au sein du couple ont quelques effets acteurs. Ils augmentent les symptômes dépressifs, au début et à la fin du traitement, diminuent le bien-être émotionnel, au milieu du traitement, et le bien-être social, tout au long de l'étude. Les conflits ont également des effets partenaires. Ils augmentent les symptômes dépressifs des conjointes, quatre mois après la fin du traitement, et augmentent l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant, au milieu du traitement et quatre mois après la fin.

Chez les conjointes, les conflits ont des effets acteurs surtout sur l'état émotionnel et sur la qualité de vie. Ils augmentent l'anxiété état générale, au début, au milieu et quatre mois après la fin du traitement, et les symptômes dépressifs, à tous les temps de l'étude. Ils altèrent également la santé mentale, au milieu, à la fin et quatre mois après la fin du traitement, et augmentent l'insatisfaction du soutien social, au milieu et à la fin du traitement. Les conflits perçus par les conjointes, ont également de rares effets partenaires puisqu'ils augmentent l'anxiété liée au test PSA et altèrent le bien-être social des patients, au milieu du traitement.

Effets	Variable	Patient $\beta$ $p < 0,05$				Conjointe $\beta$ $p < 0,05$			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Acteur									
	Anxiété					0,23	0,37		0,21
	Anxiété liée à la rechute	0,24							
	Dépression	0,25		0,36		0,25	0,27	0,35	0,44
	Qualité de vie santé mentale						-0,26	-0,36	-0,21
	Bien-être social	-0,40	-0,32	-0,38	-0,21				
	Bien-être émotionnel		-0,29						
	Insatisfaction soutien social						0,21	0,35	
Partenaire									
	Anxiété liée au test psa						0,24		
	Dépression				0,44				
	Bien-être social						-0,18		
	Altération qualité de vis spécifique		0,38		0,47				

**Tableau 63 : Résultats significatifs à  $p < 0,05$  des effets acteurs et des effets partenaires des conflits conjugaux**

#### d) L'ajustement dyadique

Les résultats, présentés dans le tableau 64, indiquent que, chez les patients, l'ajustement dyadique a de nombreux effets acteurs. Il diminue l'anxiété état générale et les symptômes dépressifs, au cours du traitement, et l'anxiété liée au test PSA, au milieu et à la fin du traitement. Il améliore également le bien-être social, au cours du traitement, et le bien-être fonctionnel, tout au long de l'étude. Il participe également à l'amélioration du bien-être physique, au milieu et à la fin du traitement, et du bien-être émotionnel, à la fin du traitement, ainsi qu'à l'atténuation des symptômes et inquiétudes liés au cancer, à la fin du traitement. L'ajustement dyadique des patients, a également des effets partenaires. Il diminue, tout au long de l'étude, l'anxiété état générale et les symptômes dépressifs des conjointes. Il améliore la santé mentale des conjointes, au cours du traitement, diminue l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant, au milieu, à la fin et quatre mois après la fin du traitement, ainsi que l'insatisfaction du soutien social, au milieu du traitement.

Chez les conjointes, les effets acteurs de l'ajustement dyadique sont beaucoup moins nombreux et uniquement au niveau de la qualité de vie. On observe des effets acteurs qui améliorent la santé mentale et la communication familiale et conjugale, et qui diminuent l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant, au début du traitement. On remarque également un effet paradoxal, puisque l'ajustement dyadique améliore la santé mentale, au début du traitement, et la détériore au milieu. L'ajustement dyadique des conjointes, a aussi quelques effets partenaires, tous négatifs. Il altère la santé mentale des patients, au début du traitement, et le bien-être émotionnel, au milieu et à la fin du traitement. De plus, il augmente les inquiétudes et symptômes liés au cancer, des patients, au début et à la fin du traitement.

Effets	Variable	Patient $\beta$ $p < 0,05$				Conjointe $\beta$ $p < 0,05$			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
<b>Acteur</b>									
	Anxiété	-0,19		-0,35					
	Anxiété liée au test psa		-0,30	-0,36					
	Dépression	-0,19	-0,26	-0,25					
	Qualité de vie santé physique					0,18	-0,26		
	Qualité de vie santé mentale					0,29			
	Bien-être physique		0,21	0,32					
	Bien-être social	0,19	0,36	0,29					
	Bien-être émotionnel			0,23					
	Bien-être fonctionnel	0,25	0,27	0,30	0,26				
	Symptômes et inquiétudes			0,21					
	Altération qualité de vie spécifique					-0,29			
	Communication					0,23			
<b>Partenaire</b>									
	Anxiété	-0,22	-0,24	-0,41	-0,32				
	Dépression	-0,30	-0,32	-0,39	-0,37				
	Qualité de vie santé mentale	0,21	0,32	0,22		-0,17			
	Bien-être émotionnel						-0,17		-0,23
	Symptômes et inquiétudes					-0,19		-0,20	
	Altération qualité de vie spécifique		-0,29	-0,34	-0,38				
	Insatisfaction soutien social		-0,20						

**Tableau 64 : Résultats significatifs à  $p < 0,05$  des effets acteurs et des effets partenaires de l'ajustement dyadique.**

### **3. Les effets des stratégies de coping**

La totalité des résultats, relatifs aux stratégies de coping, est présentée dans l'annexe 6. Toutefois, nous présentons les résultats significatifs dans les tableaux ci-dessous.

#### **a) Les stratégies centrées sur le problème**

Les résultats, présentés dans le tableau 65, indiquent que, chez les patients, les stratégies de coping centrées sur le problème, ont de nombreux effets acteurs, au cours du traitement. Elles participent à la réduction de l'anxiété état générale et des symptômes dépressifs, au milieu et à la fin du traitement, et de l'anxiété liée à la rechute, à la fin du traitement. Elles contribuent aussi à l'amélioration, du bien-être social, au début du traitement, du bien-être fonctionnel, au début et au milieu du traitement, et du bien-être physique, à la fin du traitement. Enfin, elles participent à la diminution des symptômes et inquiétudes liés au cancer, au début du traitement. Les stratégies de coping centrées sur le problème, adoptées par les patients, ont également beaucoup d'effets partenaires. Elles diminuent, tout au long de l'étude, l'anxiété état générale et les symptômes dépressifs des conjointes. De plus, elles améliorent la santé physique, au milieu du traitement et quatre mois après la fin, la santé mentale, à la fin du traitement et quatre mois après, et diminuent l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant, au milieu, à la fin du traitement et quatre mois après.

Chez les conjointes, les effets des stratégies de coping centrées sur le problème n'ont que peu d'effets acteurs. Elles augmentent l'anxiété état générale et la communication familiale et conjugale, au milieu et à la fin du traitement. Les stratégies de coping centrées sur le problème, adoptées par les conjointes, ont également quelques effets partenaires. Elles contribuent à l'augmentation, chez les patients, de l'anxiété liée à la rechute, au milieu et à la fin du traitement, et de l'anxiété liée au cancer à la fin du traitement. Elles améliorent la santé physique des patients, au début du traitement, mais détériorent la santé mentale au milieu du traitement.

Effets	Variable	Patient $\beta$ $p < 0,05$				Conjointe $\beta$ $p < 0,05$			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
<b>Acteur</b>									
	Anxiété		-0,25	-0,21			0,23	0,18	
	Anxiété liée à la rechute			-0,19					
	Dépression		-0,19	-0,21					
	Bien-être physique			0,20					
	Bien-être social	0,18							
	Bien-être fonctionnel	0,19	0,23						
	Symptômes et inquiétudes	0,25							
	Communication						0,24	0,24	
<b>Partenaire</b>									
	Anxiété	-0,29	-0,31	-0,34	-0,31				
	Anxiété liée au cancer							0,19	
	Anxiété liée à la rechute						0,20	0,25	
	Dépression	-0,27	-0,35	-0,36	-0,23				
	Qualité de vie santé physique		0,45		0,36	0,17			
	Qualité de vie santé mentale			0,37	0,21		-0,19		
	Altération qualité de vie spécifique		-0,23	-0,31	-0,30				

**Tableau 65 : Résultats significatifs à  $p < 0,05$  des effets acteurs et des effets partenaires des stratégies de coping centrées sur le problème.**

### **b) Les stratégies de coping centrées sur l'émotion**

Les résultats, présentés dans le tableau 66, indiquent que, chez les patients, les stratégies de coping centrées sur l'émotion, ont énormément d'effets acteurs sur l'état émotionnel et la qualité de vie. Elles augmentent, à tous les temps de l'étude, l'anxiété état générale, l'anxiété liée au test PSA et les symptômes dépressifs. Au cours du traitement, elles augmentent l'anxiété liée au cancer et l'anxiété liée à la rechute. De plus, elles altèrent la santé mentale, le bien-être émotionnel et le bien-être fonctionnel à tous les temps de l'étude ainsi que le bien-être physique mais uniquement au milieu du traitement. En revanche, ces stratégies, adoptées par les patients, n'ont qu'un seul effet partenaire, elles diminuent l'anxiété état générale des conjointes au début du traitement.

Chez les conjointes, les stratégies de coping centrées sur l'émotion ont aussi d'importants effets acteurs. Elles participent à l'augmentation de l'anxiété état générale et des symptômes dépressifs à tous les temps de l'étude. Elles détériorent la santé mentale et augmentent l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant, au milieu, à la fin du traitement et quatre mois après. Pourtant, elles augmentent la communication familiale et conjugale au début et à la fin du traitement. Les effets partenaires des stratégies des coping centrées sur l'émotion, adoptées par les conjointes, sont également peu nombreux. Ces stratégies diminuent la santé mentale et le bien-être fonctionnel des patients, au début du traitement, augmentent l'anxiété liée à la rechute, à la fin du traitement et quatre mois après.

Effets	Variable	Patient $\beta$ $p < 0,05$				Conjointe $\beta$ $p < 0,05$			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Acteur									
	Anxiété	0,43	0,24	0,34	0,49	0,40	0,39	0,40	0,41
	Anxiété liée au cancer	0,32	0,33	0,21					
	Anxiété liée au test psa	0,21	0,23	0,25	0,33				
	Anxiété liée à la rechute	0,18	0,21						
	Dépression	0,26	0,34	0,28	0,38	0,46	0,34	0,38	0,40
	Qualité de vie santé mentale	-0,31	-0,25	-0,29	-0,45		-0,36	-0,28	-0,32
	Bien-être physique		-0,23						
	Bien-être émotionnel	-0,33	-0,26	-0,28	-0,32				
	Bien-être fonctionnel	-0,26	-0,35	-0,41	-0,36				
	Altération qualité de vie spécifique						0,47	0,47	0,40
	Communication					0,23		0,24	
Partenaire									
	Anxiété	-0,19							
	Anxiété liée à la rechute							0,23	0,14
	Qualité de vie santé mentale					-0,20			
	Bien-être fonctionnel					-0,18			

**Tableau 66 : Résultats significatifs à  $p < 0,05$  des effets acteurs et des effets partenaires des stratégies de coping centrées sur l'émotion.**

### **c) Les stratégies de coping centrées sur la recherche de soutien social**

Les résultats, présentés dans le tableau 67, indiquent que, chez les patients, les stratégies centrées sur la recherche de soutien social, ont des effets acteurs uniquement au cours du traitement. Elles diminuent l'anxiété état générale et les symptômes dépressifs, au cours du traitement, ainsi que l'anxiété liée au test PSA, au début du traitement, et l'anxiété liée à la rechute, à la fin du traitement. Elles améliorent le bien-être fonctionnel, au cours du traitement, le bien-être émotionnel, au milieu et à la fin du traitement, ainsi que le bien-être physique et le bien-être social, à la fin du traitement. Enfin, elles diminuent les symptômes et inquiétudes liés au cancer à la fin du traitement. On observe également de nombreux effets partenaires des stratégies de coping centrées sur la recherche de soutien social, adoptées par les patients. Elles diminuent l'anxiété état générale et les symptômes dépressifs tout au long de l'étude. De plus, elles améliorent la santé physique, la santé mentale des conjointes, et diminuent l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant, au milieu, à la fin du traitement et quatre mois après.

Chez les conjointes, on observe que les stratégies de coping centrées sur la recherche de soutien social, n'ont que deux effets acteurs, un premier, qui augmente l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant, au début du traitement, et un deuxième qui améliore la santé mentale, au milieu du traitement. Les effets partenaires des

stratégies de coping centrées sur la recherche de soutien social, adoptées par les conjointes, sont également peu nombreux. Ces stratégies augmentent l'anxiété état générale des patients, au début et à la fin du traitement, et altèrent le bien-être fonctionnel, au début, à la fin du traitement et quatre mois après, ainsi que la santé mentale, au milieu du traitement.

Effets	Variable	Patient $\beta$ $p < 0,05$				Conjointe $\beta$ $p < 0,05$			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
<b>Acteur</b>									
	Anxiété	-0,27	-0,24	-0,35					
	Anxiété liée au test psa	-0,25							
	Anxiété liée à la rechute			-0,31					
	Dépression	-0,23	-0,32	-0,30					
	Qualité de vie santé mentale					0,21			
	Bien-être physique			0,25					
	Bien-être social			0,22					
	Bien-être émotionnel		0,32	0,27					
	Bien-être fonctionnel	0,27	0,37	0,25					
	Symptômes et inquiétudes			0,27					
	Altération qualité de vie spécifique Communication					0,23			
<b>Partenaire</b>									
	Anxiété	-0,40	-0,38	-0,59	-0,40	0,24		0,22	
	Dépression	-0,36	-0,40	-0,53	-0,39				
	Qualité de vie santé physique		0,35	0,31	0,34				
	Qualité de vie santé mentale		0,43	0,44	0,38		-0,30		
	Bien-être fonctionnel					-0,28		-0,28	-0,24
	Altération qualité de vie spécifique		-0,46	-0,57	-0,45				

**Tableau 67 : Résultats significatifs à  $p < 0,05$  des effets acteurs et des effets partenaires des stratégies de coping centrées sur la recherche de soutien social**

**E. Hypothèse 5 : L'état émotionnel des patients a un effet négatif sur leur qualité de vie et sur celle des conjointes, et de la même manière, l'état émotionnel des conjointes a un effet négatif sur leur qualité de vie et sur celle des patients**

La totalité des résultats, relatifs à l'anxiété et aux symptômes dépressifs, est présentée dans l'annexe 7. Toutefois, nous présentons les résultats significatifs dans les tableaux ci-dessous.

## 1. L'anxiété état générale

Les résultats, présentés dans le tableau 68, indiquent que, chez les patients, l'anxiété état générale a de nombreux effets acteurs sur sa qualité de vie. Elle altère, à tous les temps de l'étude, la santé mentale, le bien-être social, le bien-être émotionnel et le bien-être fonctionnel. L'anxiété état générale augmente également les symptômes et les inquiétudes liés au cancer tout au long de l'étude. Enfin, elle altère le bien-être physique, au cours du traitement, et la santé physique, au milieu du traitement. L'anxiété état générale du patient a quelques effets partenaires sur la qualité de vie des conjointes. Elle diminue l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant, au début du traitement, mais détériore la santé mentale des conjointes, quatre mois après la fin du traitement.

Chez les conjointes, l'anxiété état générale participe, tout au long de l'étude à la détérioration de la santé mentale et à l'augmentation de l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant. De plus, elle diminue la santé physique au milieu et à la fin du traitement. L'anxiété état des conjointes a aussi des effets partenaires, uniquement au début du traitement. Elle altère la santé physique, le bien-être physique et le bien-être fonctionnel des patients, et augmente les symptômes et inquiétudes liés au cancer.

Effets	Variable	Patient $\beta$ $p < 0,05$				Conjointe $\beta$ $p < 0,05$			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Acteur									
	Qualité de vie santé physique		-0,24				-0,30	-0,23	
	Qualité de vie santé mentale	-0,48	-0,46	-0,56	-0,62	-0,22	-0,56	-0,62	-0,47
	Bien-être physique	-0,33	-0,44	-0,29					
	Bien-être social	-0,21	-0,25	-0,37	-0,21				
	Bien-être émotionnel	-0,66	-0,65	-0,57	-0,55				
	Bien-être fonctionnel	-0,55	-0,63	-0,63	-0,51				
	Symptômes et inquiétudes	-0,28	-0,38	-0,43	-0,25				
	Altération qualité de vie spécifique					0,25	0,60	0,65	0,53
Partenaire									
	Qualité de vie santé physique					-0,24			
	Qualité de vie santé mentale				-0,19				
	Bien-être physique					-0,21			
	Bien-être fonctionnel					-0,20			
	Symptômes et inquiétudes					-0,30			
	Altération qualité de vie spécifique	-0,19							

**Tableau 68 : Résultats significatifs à  $p < 0,05$  des effets acteurs et des effets partenaires de l'anxiété état générale**

## 2. Les symptômes dépressifs

Les résultats, présentés dans le tableau 69, indiquent que, chez les patients, les symptômes dépressifs ont beaucoup d'effets acteurs. Ils détériorent, tout au long de l'étude, la santé mentale, le bien-être social, le bien-être émotionnel et le bien-être fonctionnel. Ils augmentent les inquiétudes et symptômes liés au cancer, également tout au long de l'étude. De plus, ces symptômes dépressifs détériorent le bien-être physique, au cours du traitement, et la santé physique, au début et à la fin du traitement. Les symptômes dépressifs des patients ont quelques effets partenaires. Ils détériorent la santé physique des conjointes, au début du traitement, mais diminuent l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant, également au début du traitement, et augmentent la communication familiale et conjugale, quatre mois après la fin du traitement.

Chez les conjointes, les symptômes dépressifs altèrent la santé physique au milieu, à la fin du traitement et quatre mois après, ainsi que la santé mentale, à tous les temps de l'étude. Ils augmentent l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant tout au long de l'étude. On observe également que les symptômes dépressifs des conjointes ont des effets partenaires. Ces symptômes détériorent la santé physique des patients, au début et à la fin du traitement, le bien-être physique, au début du traitement, et le bien-être fonctionnel, au début et au milieu du traitement. Ils augmentent également les symptômes et inquiétudes liés au cancer, des patients, au début du traitement.

Effets	Variable	Patient $\beta$ $p < 0,05$				Conjointe $\beta$ $p < 0,05$			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Acteur									
	Qualité de vie santé physique	-0,32	-0,22				-0,39	-0,34	-0,35
	Qualité de vie santé mentale	-0,55	-0,55	-0,61	-0,64	-0,22	-0,63	-0,71	-0,70
	Bien-être physique	-0,50	-0,45	-0,30					
	Bien-être social	-0,26	-0,25	-0,33	-0,37				
	Bien-être émotionnel	-0,71	-0,65	-0,56	-0,58				
	Bien-être fonctionnel	-0,76	-0,76	-0,69	-0,57				
	Symptômes et inquiétudes	-0,42	-0,36	-0,39	-0,36				
	Altération qualité de vie spécifique					0,35	0,63	0,66	0,67
Partenaire									
	Qualité de vie santé physique	-0,20				-0,20		-0,24	
	Bien-être physique					-0,21			
	Bien-être fonctionnel					-0,15	-0,14		
	Symptômes et inquiétudes					-0,26			
	Altération qualité de vie spécifique	-0,19							
	Communication				0,28				

**Tableau 69 : Résultats significatifs à  $p < 0,05$  des effets acteurs et des effets partenaires des symptômes dépressifs**

## VI. Discussion

Cette étude s'est donnée pour objectif d'apporter une meilleure connaissance de l'état psychologique et de la qualité de vie des patients atteints d'un cancer de la prostate et de leur conjointe, ainsi que de certaines variables psycho-sociales, tels que le soutien social, la perception de la relation conjugale et les stratégies de coping. De plus, elle s'est intéressée à identifier les effets acteurs-partenaires de ces variables psycho-sociales et à montrer l'importance qu'elles ont pour le bien-être de chacun. L'interprétation des résultats de cette étude, que nous vous proposons ci-dessous, apporte un regard nouveau sur ces patients et ces conjointes, mais également sur le couple.

- *Comparaison de la population d'étude à la population générale*

En ce qui concerne les troubles émotionnels présents chez les patients de notre étude, nos résultats indiquent que les patients n'expriment pas plus de symptomatologie anxieuse que la population générale, alors que Roth et al. (1998 b) indiquent que les patients en traitement souffrent d'anxiété accrue. De plus, Symon et al. (2006) identifient dans leur étude 30% de patients anxieux alors que nous retrouvons moins de 13% de patients que nous pouvons considérer comme anxieux, tout temps d'évaluation confondu. Nos résultats se rapprochent tout de même de ceux de l'étude de Cliff et al. (2000) qui identifient 18% de patients « borderline » ou anxieux avérés. Nos résultats relatifs aux symptômes dépressifs rejoignent ceux de Sharpley et al. (2007 a) et de Pirl et al. (2002), qui indiquent 16% des patients atteints d'un cancer de la prostate souffrant de symptômes dépressifs, nos résultats indiquant 13 à 19% de patients souffrant de troubles dépressifs, en fonction du temps d'évaluation. Nos résultats sont tout de même bien inférieurs à ceux de Cliff et al. (2000) qui présentent 47% de patients souffrant de détresse générale.

Il n'y a pas de consensus au sein de la communauté scientifique, en ce qui concerne l'importance des troubles émotionnels chez les patients atteints d'un cancer de la prostate. Ceci peut s'expliquer par la diversité des outils employés, mais il faut tout de même remarquer que les études présentant les résultats les plus faibles sont les études les plus récentes (Sharpley et al. 2007 par exemple). On peut supposer que le cancer de la prostate a un impact moins important sur l'état émotionnel des patients, étant donnée qu'à l'heure actuelle, il est dépisté précocement dans les pays occidentaux, et de ce fait bien traité, que les chances de survie sont bonnes, et que surtout ces informations sont apportées et entendues par les patients. Ceci peut expliquer le peu de sujets de notre étude atteints de troubles émotionnel et cette absence globale de différences avec la population générale.

Dans notre étude, nous avons utilisé un questionnaire d'anxiété spécifique au cancer de la prostate. Même si nous ne pouvons comparer les scores obtenus à une norme, puisque ce questionnaire n'est pas validé dans la population française, nous apporterons une analyse descriptive des résultats obtenus par les patients de cette étude. Nous observons que les scores obtenus aux échelles d'anxiété liée au cancer, au test PSA et à la rechute sont très faibles, ce qui traduit une quasi-absence d'anxiété spécifique au cancer de la prostate. Ceci est en accord avec nos résultats précédents qui stipulent qu'il n'y a pas de troubles anxieux importants chez les patients. Nous supposons que la période de traitement et celle qui la suit à court terme, ne sont pas des périodes où les patients ont des troubles émotionnels importants. Ceci peut se comprendre par le fait que les patients sont dans un contexte bien particulier, celui du traitement, qu'ils sont entourés par le personnel soignant et l'entourage proche, qui répondent à toutes leurs questions et réduisent leurs inquiétudes, ce qui a pour conséquence de diminuer les troubles émotionnels. Il serait intéressant de réévaluer ces patients ultérieurement, lorsqu'ils auront achevé leur parcours médical et seront considérés comme étant en rémission complète, afin de voir s'ils présentent des troubles anxieux et dépressifs plus importants.

Chez les conjointes, nous observons également qu'elles n'expriment pas plus de symptomatologie anxieuse que la population générale. Toutefois, 17 à 22% d'entre elles, en fonction du temps d'évaluation, peuvent être considérées comme anxieuses. Ces niveaux sont inférieurs à ceux des études précédentes. En effet, Cliff et al. (2000) indiquent que 48% des conjointes de patients atteints d'un cancer de la prostate développent un trouble anxieux. Nos résultats relatifs aux symptômes dépressifs sont eux supérieurs à ceux observés dans la littérature. Cliff et al. (2000) trouvent 10,4% de conjointes présentant un trouble dépressif alors que nous relevons un pourcentage variant de 14 à 22% en fonction du temps d'évaluation.

Les études sur les conjointes de patients atteints d'un cancer de la prostate sont rares et les études sur les conjoints face au cancer en général présentent un bilan clinique plutôt inquiétant. En effet, Dyk et Sutherland (1956) concluent que les conjoints sont « vidés » physiquement et émotionnellement et Glasdam et al. (1996) indiquent des troubles anxieux importants (18% d'anxieux avérés et 32% de cas possibles, ceci faisant référence aux seuils de l'échelle HAD). Les conjointes de notre étude ne présentent pas de troubles anxieux importants mais souffrent de symptômes dépressifs. Nous supposons que les conjointes ont connaissance, elles aussi, des informations relatives aux progrès médicaux dans le domaine du cancer de la prostate, qu'elles bénéficient du soutien du personnel médical et de l'entourage, ce qui a pour conséquence de réduire les symptômes anxieux

associés au cancer. Cependant, la présence de troubles dépressifs, indique que le cancer de leur époux a tout de même des répercussions qui, selon Simonton (1984), se traduisent par un sentiment de désespoir. Ce résultat est en accord avec les conclusions de Kornblith et al. (1994) qui supputent que les conjointes, face au cancer de leur époux, font l'expérience des soucis et inquiétudes mais aussi de la dépression.

En ce qui concerne la qualité de vie des patients, globalement, elle est identique voire supérieure à celle de la population générale. En effet, il n'y a aucune différence au niveau de la santé physique. Ceci rejoint les conclusions de Litwin et al. (1995) qui indiquent qu'au niveau de la qualité de vie générale, il n'existe pas de différences avec la population générale, que ce soit dans le domaine du bien-être physique, des activités, des douleurs, de la vitalité, ou dans celui du bien-être social ou émotionnel. Dans notre étude, nous avons utilisé un questionnaire de qualité de vie spécifique au cancer de la prostate. Même si nous n'avons pas d'éléments de comparaison objectifs, la lecture descriptive de ces résultats est en adéquation avec ceux de Litwin et al. (1995) qui montrent qu'il n'y a pas d'altération du bien-être physique, social, émotionnel et fonctionnel. Il faut préciser que les études précédentes se sont focalisées sur les répercussions du cancer sur les fonctions urinaires, érectiles et fécales, et que toutes montrent des altérations importantes mais temporaires de ces fonctions. Si nous nous référons aux résultats de la dimension « symptômes et inquiétudes liés au cancer de la prostate » de ce questionnaire spécifique, qui englobe, entre autre, les altérations possibles de ces fonctions, nous observons que nous ne retrouvons pas ces résultats, étant donné que les scores à cette échelle, des patients de cette étude, sont plutôt élevés, ce qui signifie une faible altération. Il faut cependant relativiser ces résultats puisqu'il s'agit d'une lecture descriptive, mais qui nous permet tout de même d'apporter des précisions.

La santé mentale des patients est meilleure que celle de la population générale, ce qui contredit nos résultats préliminaires, qui montrent une santé mentale inférieure (Lafaye et al. 2007). Ceci s'explique par le fait que nos résultats préliminaires sont une comparaison à la population générale, tout âge confondu, alors que ces résultats sont une comparaison à la population générale de même âge, ce qui nous paraît plus cohérent. Toutefois, ces résultats nous paraissent surprenants et nous supposons que les patients ont minimisé l'impact du cancer sur leur santé mentale. Actuellement, aucune étude ne nous permet de comparer nos résultats, car aucune recherche, à notre connaissance, ne s'est intéressée spécifiquement à la santé mentale des patients atteints d'un cancer de la prostate au cours du traitement. Seule l'étude de Le Corroller-Soriano et al. (2008), qui s'est intéressée à la santé mentale des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic, donne des précisions sur les

patients atteints d'un cancer de la prostate, étant donné qu'elle a fait une distinction des patients en fonction du type de cancer. D'une façon générale, elle montre qu'il n'y a aucune différence avec la population générale, 2 ans après le diagnostic, au niveau de la santé mentale, tout cancer confondu. Elle indique également que les cancers les « plus graves », comme le cancer des voies aérodigestives, le cancer du poumon et les hémopathies malignes, sont souvent associés à une mauvaise santé mentale et que les cancers du sein et de la prostate sont ceux qui altèrent le moins la santé mentale.

La comparaison de nos résultats avec ceux de l'étude de Le Corroller-Soriano et al. (2008) est difficile puisque les moments d'évaluation sont différents, mais nous pouvons tout de même supposer que le cancer de la prostate semble altérer faiblement la qualité de vie. Par conséquent, une étude approfondie sur la santé mentale des patients atteints d'un cancer de la prostate, au cours du traitement, s'avère nécessaire.

À propos de la qualité de vie des conjointes, nous remarquons qu'elles ont une santé physique meilleure que la population générale du même âge, ce qui va à l'encontre de l'étude de Kornblith et al. (1994), qui stipule que la qualité de vie physique des conjointes est fortement altérée. Si l'on se réfère aux résultats du questionnaire de qualité de vie spécifique aux conjoints de patients atteints de cancer, que nous avons validé au cours de cette étude, nous observons, en effet, une faible altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant. Concernant la santé mentale, nous remarquons qu'elle est inférieure à celle de la population générale de même âge, ce qu'on retrouve dans la littérature. En effet, Kornblith et al. (1994) précisent que la qualité de vie émotionnelle des conjointes est fortement altérée. Cette altération, selon Buttler et al. (2000), peut s'expliquer par la sensation de fardeau associée au rôle d'aidant. De plus, nous pouvons étendre à notre population de conjointes, les résultats de Foy et Rose (2001), qui ont fait une étude sur les conjoints de femmes atteintes d'un cancer du sein et qui ont conclu que l'altération de la qualité de vie peut s'expliquer par les difficultés à faire face à la maladie et par les difficultés induites par leurs nouvelles tâches et nouveau rôle.

Nous observons que les patients utilisent moins de stratégies de coping (centrées sur le problème, sur l'émotion et sur la recherche de soutien social) que la population générale, ce qui a été également montré par Davidson et al. (1995) et Gray et al. (1997) qui concluent que les patients atteints d'un cancer de la prostate ont un rôle passif dans la gestion de leur cancer, particulièrement quand ils sont mariés. Les conjointes sont à l'image des patients et utilisent moins de stratégies de coping, quelle que soit la stratégie, que la population générale. Les études sur les différentes stratégies de coping utilisées par les patients étant

rare (Davidson et al., 1995 ; Gray et al., 1997) et celles concernant les conjointes étant inexistantes, nous ne pouvons comparer nos résultats. Cependant, nos résultats montrent que les patients et les conjointes utilisent peu de stratégies pour faire face au cancer. Nous l'expliquons par le fait, qu'au moment du traitement, ils n'ont pas besoin de recourir à de telles stratégies, du fait du contexte dans lequel ils se trouvent. Le milieu médical et l'attitude préventive de l'entourage leur permettent de ne pas mettre tout en œuvre pour réduire la tension émotionnelle ou d'adopter des comportements combattifs, ce qui d'ailleurs peut expliquer la faible présence de troubles émotionnels et la bonne qualité de vie observées.

En conclusion, les patients atteints d'un cancer de la prostate, en cours de traitement ou peu de temps après la fin, présentent un état physique et psychologique tout à fait satisfaisant. Chez les conjointes, le bilan est un peu plus mitigé puisqu'on observe la présence de troubles dépressifs et une altération de la santé mentale. On peut donc supposer que la période du traitement et des mois qui suivent est une période très particulière, et que pendant cette période, l'impact du cancer sur les patients est faible alors qu'il a un effet délétère sur l'état émotionnel des conjointes. Ceci peut s'expliquer par le fait que les patients sont très bien encadrés du fait de leur pathologie, mais que les conjointes sont un peu délaissées. Une prise en charge psychologique des conjointes semble donc fondamentale pour leur bien-être émotionnel.

- *Evolution des stratégies d'ajustement, du soutien social, de la qualité de la relation conjugale, de l'ajustement dyadique, de l'état émotionnel et de la qualité de vie au cours du traitement et quatre mois après.*

Nous remarquons que, chez les patients, l'état psychologique reste stable voire s'améliore au cours du traitement. En effet, l'anxiété liée au cancer s'atténue surtout à la fin et après le traitement. On peut envisager que les patients considèrent la fin du traitement et les mois qui suivent comme un soulagement, et sont rassurés du fait qu'il se soit bien déroulé. Pourtant, on observe que le bien-être physique s'altère et que les symptômes et inquiétudes liés au cancer augmentent à la fin du traitement. Même si ces dimensions de la qualité de vie restent relativement bonnes, comme nous l'avons précédemment vu, il n'est pas moins vrai que le traitement du cancer de la prostate a un effet dans le temps. Nous rejoignons donc les conclusions de Lubeck et al. (1999), qui montrent que les patients traités pour ce type de cancer rapportent des déficits modérés du bien-être physique à la fin du traitement, qui sont dus à la fatigue qu'évoquent Beard et al. (1997) et Monga et al. (1997) en relatant une fatigue importante due au traitement chez ces patients. De plus, on observe que les stratégies de coping centrée sur l'émotion augmentent dans le temps. Ce résultat

peut être mis en relation avec celui de Franks et al. (2006) qui soulignent que les patients, qui utilisent les stratégies de coping centrées sur l'émotion, évaluent leur cancer comme une perte insurmontable et cherche à réduire la menace en se déchargeant émotionnellement et en se concentrant sur d'autres activités.

Chez les conjointes, nous n'observons aucune variation de l'état physique ni de l'état psychologique. La période du traitement du cancer de la prostate de leur époux a un effet continu et stable dans le temps. Par conséquent, nous envisageons que c'est le cancer en lui-même qui provoque ces troubles émotionnels et cette dégradation de la qualité de vie, observés dans l'hypothèse 1. Le fait qu'il n'y ait pas de diminution laisse supposer que les conjointes ont besoin de temps pour atténuer les effets délétères du cancer. De plus, si on se réfère aux conclusions de Baider et Sarell (1984) qui indiquent que les conjoints de femmes atteintes d'un cancer du sein sont plus pessimistes que les patientes, et ont tendance à voir la situation médicale se détériorer, on peut comprendre pourquoi le traitement n'a pas d'effets positifs, étant donné que les conjointes ne peuvent percevoir l'issue favorable du traitement. Il serait intéressant d'évaluer à nouveau les troubles émotionnels et la qualité de vie de ces conjointes dans un laps de temps plus long.

Enfin, nous remarquons que le soutien social informatif diminue à la fin du traitement aussi bien chez les patients que chez les conjointes. Étant donné qu'ils sont toujours dans le milieu médical du fait du traitement, nous n'envisageons pas qu'ils n'aient pas les réponses à leurs interrogations relatives au cancer. Ils sont donc sûrement moins en recherche d'informations à la fin du traitement, en comparaison avec le début, car ils ont probablement reçu toutes les informations nécessaires.

Nous concluons que, chez les patients, la période de traitement permet une évolution positive de leur état émotionnel, mais qu'elle a tout de même des effets délétères au niveau physique. Nous supposons également, que la période du traitement du cancer n'est ni positive ni négative sur le bien-être des conjointes, puisque leur état physique et psychologique reste stable, mais que c'est le cancer en lui-même qui est le catalyseur des troubles observés. Ceci nous permet d'entrevoir le fait qu'il existe une différence dans la perception du cancer et de son traitement, entre les patients et les conjointes. Les patients sont concentrés sur le traitement, l'associant à une étape décisive et salvatrice, qui réduit le stress engendré par la maladie, alors que les conjointes sont concentrées sur la maladie cancéreuse, la période de traitement étant considérée comme une étape supplémentaire mais en aucun cas comme une étape finale.

- *Comparaison entre les patients et les conjointes*

D'après les résultats obtenus, nous observons que les conjointes ont plus de troubles émotionnels (anxiété et symptômes dépressifs), comme l'ont déjà montré Oberst et James (1985) et Davis-Ali et al. (1993), chez des conjoints de patients atteints de cancer, tout cancer confondu. Les mêmes résultats ont également été retrouvés par Kornblith et al. (1994) qui concluent que les conjointes de patients atteints d'un cancer de la prostate ont un état émotionnel plus altéré que ces derniers. Il apparaît donc que le fait d'être confronté au cancer de la prostate et à son traitement, a un impact plus important chez les conjointes que chez les patients, ce qui est dû, selon Kornblith et al. (1994), au fait que les conjointes ont plus de pensées intrusives en relation avec le cancer que les patients, et qu'elles endurent un plus grand traumatisme. Cependant, il est important de préciser que dans la population générale, des résultats identiques ont été mis en évidence. En effet, Bruchon-Schweitzer et Paulhan (1993), lors de leur validation du STAI, ont montré que, de façon générale, les femmes sont plus anxieuses que les hommes, et Fuhrer et Rouillon (1989), lors de leur validation du CES-D, ont également montré que les femmes ont plus de symptômes dépressifs que les hommes. Toutefois, lorsqu'on se réfère aux résultats de l'hypothèse 1, au sujet de ces conjointes, on ne peut nier l'impact du cancer de la prostate et de son traitement sur l'augmentation des symptômes dépressifs chez ces dernières. On peut donc penser que la période de traitement est plus néfaste aux conjointes qu'aux patients, et qu'elles ont effectivement une détresse plus importante que leur époux.

Au niveau de la qualité de vie, on observe que les conjointes ont une santé mentale bien plus altérée que les patients, tout au long de l'étude. Ce résultat est en accord avec ceux relatifs à l'état émotionnel. Etant donné que les conjointes présentent plus d'anxiété et de symptômes dépressifs que les patients, il semble cohérent que leur santé mentale, qui prend en compte cet état émotionnel, soit inférieure à celle des patients. Toutefois cela nous donne des informations plus précises sur les répercussions du cancer et de son traitement. En effet, quand on regarde précisément les items du questionnaire SF-12, on peut affirmer que le traitement du cancer a un impact important sur l'accomplissement et le soin apporté à certaines choses du quotidien, mais aussi sur la vie sociale, sur les relations avec la famille, les amis et les connaissances. Nous supposons que cela est en rapport avec le « nouveau rôle » donné aux conjointes dont parle Eton et al. (2005), qui prend une place prédominante dans leur vie. Face au cancer de leur époux, les conjointes se centrent exclusivement sur la maladie, prennent en charge et gèrent la situation pour tenter d'alléger la souffrance de leur époux, au détriment de leur bien-être mental, comme l'ont démontré Foy et Rose (2001)

chez les conjoints de femmes atteintes d'un cancer du sein. Ainsi, le cancer de la prostate et son traitement ont des répercussions sur la santé mentale plus importantes chez les conjointes que chez les patients, du fait de l'implication totale de ces dernières dans le soutien et le parcours médical de leur époux.

Nous observons que la santé physique est en revanche plus altérée chez les patients au milieu et à la fin du traitement. Ceci est cohérent, étant donné que les effets secondaires physiques du traitement ne peuvent être présents que chez les patients. Les limites physiques induites par l'irradiation ou la chimiothérapie sont vécues uniquement par le receveur des soins, ce qui altère, logiquement, sa santé physique.

Concernant la relation conjugale, on remarque que les conjointes relatent plus de conflits au sein du couple, au début, à la fin et quatre mois après la fin du traitement, que les patients. Nous supposons que les patients sont tellement concentrés sur leur cancer et son traitement, qu'ils occultent les conflits conjugaux, mais aussi que les conjointes relatent plus de conflits conjugaux du fait de leur détresse émotionnelle, qui accroît la perception de ces conflits. Eton et al. (2005) indiquent que les réponses négatives des époux et des interactions contraintes avec eux, sont reliées à la détresse psychologique des conjointes, ce qui coïncide avec nos résultats. Toutefois, nous étudierons ultérieurement, l'effet de ces conflits sur la détresse, ce qui nous permettra d'affiner nos résultats et d'apporter une explication plus précise.

Enfin, on remarque que les patients sont plus en recherche de soutien social que les conjointes. Ceci indique que les patients ont un besoin plus important que les conjointes, de réduire le stress engendré par la situation, en adoptant un comportement orienté vers l'interaction sociale. Ils ont plus besoin des relations humaines pour faire face, alors que les conjointes semblent se replier sur elles-mêmes.

- *Effets acteurs-partenaires du soutien social*

D'après les résultats observés, le soutien social a des effets acteurs très différents en fonction de la personne qui le reçoit, et du type de soutien, comme l'a souligné Dunkel-Schetter (1984).

Chez les patients, qu'il soit émotionnel, matériel ou informatif (ces trois types de soutien étant considérés comme les trois principaux types de soutien nécessaires aux

patients selon House en 1981), le soutien social n'a quasiment que des effets positifs. Le soutien émotionnel et le soutien informatif améliorent l'état psychologique et la qualité de vie des patients, le soutien matériel n'étant bénéfique que pour le bien-être social. Si les patients reçoivent un soutien négatif, par exemple, si on leur parle de cas où la maladie a été difficile ou fatale, il y a des répercussions néfastes sur leur état émotionnel et leur qualité de vie. Ces résultats, spécifiques au cancer de la prostate, rejoignent ceux de Cohen et Wills (1985) qui ont montré que les aspects de l'environnement social favorisent le bien-être des personnes et les protègent contre les effets délétères des événements de vie stressants, tel que le cancer, quel que soit le type de cancer. Ces résultats sont également en adéquation avec ceux des études portant sur les patients atteints d'un cancer de la prostate. Nous observons que le soutien social est un facteur important pour faire face aux problèmes psychologiques, comme indiqué dans l'étude de Lintz et al. (2003), et qu'il améliore le fonctionnement mental et diminue la détresse émotionnelle, comme indiqué dans l'étude de Roberts et al. (2005).

Ainsi, nos résultats montrent que le soutien social, qu'il soit émotionnel, matériel ou informatif, est bénéfique aux patients, et que le soutien négatif leur est préjudiciable, ce qui nous paraît tout à fait cohérent.

Chez les conjointes, le constat est plus mitigé. D'après nos résultats, seul le soutien négatif affecte l'état psychologique des conjointes, à l'instar du patient. Nous observons également que les soutiens émotionnel, matériel et informatif, n'ont quasiment pas d'effets sur l'état émotionnel et la qualité de vie générale des conjointes. Les seules répercussions positives sont issues du soutien émotionnel et du soutien matériel qui améliorent uniquement la communication familiale et conjugale, ce qui nous permet de préciser les résultats de Glasdam et al. (1996). Ces auteurs indiquent, dans leur étude, que les rapports avec la famille sont intensifiés et, d'après nos résultats, c'est le soutien émotionnel et matériel qui permettent cette intensification des rapports. Néanmoins, ces résultats ne concordent pas avec ce qui a pu être observé précédemment. En effet, dans l'étude de Haley et al. (1987) le soutien social est un facteur prédictif du bien-être psychologique de l'aidant, et dans l'étude de Nijboer et al. (1999) le soutien social est lié positivement à la qualité de vie générale. Nous pouvons supposer que le soutien social n'a pas d'effet sur les troubles émotionnels et la santé mentale, car les conjointes se replient sur elles-mêmes et ne sont pas capables, dans ce contexte, d'entendre, d'accepter et de recevoir le soutien d'autrui. Concernant la qualité de vie physique, le fait que le soutien social n'ait pas d'effet, n'est pas surprenant, car les conjointes ne souffrent pas de détérioration de leur santé physique générale. Si on se réfère aux items du questionnaire SF-12, les conjointes n'ont pas de détérioration au niveau

de l'accomplissement de certaines tâches quotidiennes. En revanche, comme nous allons le voir ci-dessous, le soutien social a un effet sur la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant.

Les soutiens émotionnel, informatif et négatif ont un effet négatif sur la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant. Le soutien émotionnel contribue à l'augmentation de l'insatisfaction du soutien social, et le soutien négatif participe également à l'augmentation de l'insatisfaction du soutien social, mais aussi à l'augmentation des troubles émotionnels et à l'altération de la santé mentale. Le soutien informatif a un effet assez étonnant puisqu'il détériore la santé mentale dans un premier temps, pour l'améliorer ensuite. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'au début du traitement, la somme d'informations reçues bouleverse et accroît l'inquiétude des conjointes, qui, une fois la fin du traitement approchant, dédramatisent la gravité de ces informations, ce qui a pour effet d'améliorer leur santé mentale. Il est surprenant de constater que les effets, au début du traitement, du soutien émotionnel et du soutien informatif, prodigués par l'entourage, les amis, le personnel soignant, soient négatifs au niveau de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant, que l'on peut assimiler au « nouveau rôle » dont parle Eton et al. (2005). Ces résultats nous permettent de penser que, vis-à-vis de ce « nouveau rôle », le soutien émotionnel apporté par l'entourage ne correspond pas aux attentes des conjointes. Ainsi, au début du traitement, l'entourage plaindrait les conjointes de la situation dans laquelle elles se trouvent et des impératifs, dus au traitement du patient, auxquels elles doivent faire face, ou inversement, qu'il l'encourage et minimise la situation, ce qui ne convient pas, de toute façon, aux conjointes. Ce soutien émotionnel contribue également à l'augmentation de l'insatisfaction du soutien social à posteriori, ce qui paraît logique dans cette perspective. L'effet du soutien informatif peut s'expliquer par le fait que les informations reçues ne correspondent pas non plus aux attentes des conjointes. Il est possible que ces informations soient davantage d'ordre médical que pratique, les conjointes se trouvant certainement dans un tout autre questionnement, plutôt matériel, avec une seule question « comment vais-je faire toute seule pour m'occuper de lui? ». Ainsi, nos résultats montrent que le soutien social que reçoivent les conjointes est plutôt néfaste à leur bien-être, et nous pouvons supposer que le soutien apporté n'est pas adéquate à la situation que vivent les conjointes et à leurs attentes, ceci devant être approfondi lors de prochaines études.

En conclusion, le soutien social est fondamental pour le patient. L'entourage incarne un lien fort entre le malade et son passé, avant l'apparition de la maladie, dont le patient a besoin. Il consolide la place du malade en tant qu'individu, rassure et encourage le patient au quotidien, et joue un rôle primordial dans le vécu de la maladie et son acceptation, en favorisant le bien-être. En revanche, les conjointes sont comme hermétiques au soutien

social, puisqu'il ne correspond pas à leurs besoins. Les conjointes sont dans l'apprentissage d'un nouveau rôle, celui d'aidante, et ne sont peut être pas en capacité d'entendre et d'accepter l'aide d'autrui.

D'après les résultats observés, le soutien social a aussi des effets partenaires très différents en fonction de la personne qui le reçoit (patient ou partenaire), mais également en fonction du type de soutien.

Le soutien social reçu par les patients, qu'il soit émotionnel, matériel ou informatif, est bénéfique pour les conjointes surtout vers la fin du traitement et quatre mois après. Nous observons que le soutien négatif reçu par les patients n'a aucun effet sur les conjointes. Le fait que les patients reçoivent une aide émotionnelle, matérielle et informative importante, comme l'entourage qui apporte du réconfort et du courage, ou qui propose de l'aide pour les tâches quotidiennes, ou encore le personnel soignant qui apporte toutes les informations désirées, permet l'amélioration de l'état émotionnel et de la qualité de vie des conjointes. Il semble que ce soit le soutien émotionnel des patients qui soit le plus bénéfique pour les conjointes. Le soutien de l'entourage envers le patient a un rôle prédominant dans le bien-être des conjointes. Au vu des résultats, le soutien apporté aux patients a un impact positif, par procuration sur les conjointes, en diminuant l'impact de la situation sur leur état physique et psychologique, et par conséquent, est un bon prédicteur.

Le soutien social reçu par les conjointes a des effets partenaires assez surprenants et bien différents en fonction du type de soutien. Quand le soutien est d'ordre émotionnel ou matériel, les effets sur les patients sont plutôt positifs, et participent principalement à l'amélioration de la qualité de vie des patients. En revanche, lorsqu'il est d'ordre informatif, il augmente les symptômes dépressifs et altère la santé mentale des patients. Selon Srirangam et al. (2003) et Feldman-Stewart et al. (2001), les conjointes sont en recherche d'informations. Nous pensons que cette recherche d'informations aboutit, chez les conjointes, à une connaissance importante, qu'elles communiquent aux patients, et qui a pour effet d'augmenter la détresse de ces derniers. Ce qui reste tout de même très étonnant, c'est l'effet partenaire du soutien négatif. Certes, il contribue à l'augmentation de l'anxiété liée au test PSA au cours du traitement mais il contribue également à l'amélioration de la qualité de vie de ces derniers. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que face à ce soutien négatif, les conjointes acquièrent une attitude combative et font appel à toutes leurs ressources pour s'occuper du mieux possible de leur époux, pour éviter à tout prix la pire issue de la situation, ce qui améliore la qualité de vie de ces derniers.

Aux regards de ces résultats, nous concluons que le soutien social, apporté aux conjointes, a un effet bénéfique sur les patients, mais que la recherche d'informations de ces dernières, surcharge émotionnellement les patients.

Le soutien apporté aux patients soulage les conjointes qui ressentent certainement un allègement du poids imposé par la maladie. Le fait de voir que l'entourage est présent autour du patient, que ce dernier est le centre d'intérêt et qu'il est heureux de cette présence, apporte un mieux vivre aux conjointes. L'inverse est également vrai, les patients qui voient leur épouse entourée vont mieux. Le sentiment de culpabilité qu'ils ont vis-à-vis de leur épouse, du fait de leur imposer des tâches supplémentaires et un nouveau rôle, s'atténue par la présence de l'entourage. Enfin, lorsque le soutien apporté aux conjointes est négatif, il insuffle aux conjointes un comportement de protection du patient, des attitudes plus attentives, qui ont des répercussions très positives. En conclusion, voir l'autre entouré par des proches rassure et déculpabilise, et apporte du réconfort.

- *Effets acteurs-partenaires de la relation conjugale*

D'après les résultats observés, la relation conjugale a des effets acteurs de même nature chez les patients et les conjointes.

Chez les patients, la disponibilité et l'intensité du soutien des conjointes, perçues par ces derniers, n'ont que très peu d'effets. La disponibilité améliore légèrement leur bien-être social, au début et milieu du traitement, et l'intensité diminue leurs symptômes et inquiétudes liés au cancer. A l'inverse, les conflits au sein du couple ont des répercussions négatives sur l'état émotionnel et la qualité de vie des patients. Même s'ils ont quelques effets sur la détresse, ils contribuent principalement à la détérioration du bien-être social. En revanche, ce qui semble améliorer considérablement l'état psychologique des patients, est l'ajustement dyadique ou cohésion conjugale. Le fait que les patients pensent être en accord avec leur conjointe sur leur façon d'être, de penser ou d'agir, favorise leur bien-être physique et psychologique. Le fait que les patients aient le sentiment d'être en adéquation avec leur épouse renforce leur identité d'époux, qui a été diminuée par l'identité de malade. Ils reprennent une place qu'ils ont occupée longtemps et qu'ils ont crue perdue depuis le début de la maladie.

Chez les conjointes, la source des effets est différente. C'est la disponibilité et, dans une moindre mesure, l'intensité, qui améliorent leur bien-être. En effet, lorsqu'elles

perçoivent leur époux comme disponible, leur état physique et psychologique sont meilleurs et ceci tout au long du traitement et même 4 mois après la fin. L'intensité de ce soutien a quelques effets sur leur qualité de vie uniquement au début du traitement et 4 mois après la fin. A l'image des patients, les conflits au sein du couple affectent fortement les conjointes en augmentant leur détresse et en altérant leur qualité de vie mentale, ce qui permet d'expliquer plus précisément les résultats de l'hypothèse 3. En effet, c'est bien la perception des conflits qui favorise la détresse des conjointes. Concernant l'ajustement dyadique, à la différence des patients, ses effets sont rares et se concentrent sur la qualité de vie, principalement au début du traitement. Quand les conjointes perçoivent une bonne cohésion au sein de leur couple, on observe une amélioration de leur santé physique et mentale et une diminution de l'altération de leur qualité de vie spécifique au rôle d'aidant, effets qui ne se poursuivent pas dans le temps. Face à la maladie, les conjointes ont le sentiment d'avoir remplacé leur époux par une personne malade. Il semble fondamentale de conserver l'identité et la place d'époux, car la sensation d'avoir toujours leur époux auprès d'elles, est d'une grande importance pour leur bien-être.

D'une façon générale, nous pouvons supposer qu'une bonne qualité de la relation conjugale (une disponibilité et une intensité importantes, du soutien de l'autre, et peu de conflits) et un bon ajustement dyadique sont indispensables au bien-être des patients et des conjointes. Ceci rejoint les résultats de l'étude de Pierce et al. (1991) qui indiquent que le soutien social spécifique est associé à l'état émotionnel. De plus, ceci rejoint les conclusions de Rodrigue et al. (1994), qui montrent que les dyades dites « fortes » présentent moins de détresse, des conclusions de Banthia et al. (2003) qui indiquent qu'une bonne relation conjugale protège de la dépression, ou encore de celles de Baider et al. (1998) et Eton et al. (2005) qui montrent que lorsque l'ajustement dyadique est pauvre les scores de dépression et d'anxiété sont élevés. De plus, nos résultats concernant la qualité de vie sont identiques à ceux de Gore et al. (2005) qui indiquent que la relation conjugale a un effet positif. Nos résultats concordent également avec ceux de l'étude d'Eton et al. (2005) qui concluent qu'un soutien pauvre de la part des patients favorise la détresse des conjointes. Enfin, ces résultats nous permettent de mieux comprendre les besoins de chacun, de distinguer ce qui est le plus bénéfique pour chaque membre du couple. Même si les conflits sont néfastes pour les deux, c'est la cohésion au sein du couple qui importe pour les patients, alors que pour les conjointes, c'est la disponibilité de leur époux. Les besoins des membres du couple sont donc propres à chacun.

Nous pouvons donc conclure que la perception de la relation conjugale est importante et nécessaire au bien-être de chacun, et qu'elle a un effet protecteur sur les effets aversifs de la maladie cancéreuse.

Les résultats observés montrent que la relation conjugale a aussi des effets partenaires qui sont très différents en fonction de qui la perçoit.

La disponibilité et l'intensité, du soutien de la conjointe, perçues par les patients, et les conflits au sein du couple n'ont quasiment pas d'effets sur les conjointes. En revanche, la cohésion conjugale est très importante puisque de la façon dont les patients percevront cette cohésion dépendra l'état physique et psychologique des conjointes, tout au long du traitement et même après. Si les patients perçoivent un bon ajustement dyadique, les conjointes sont moins anxieuses, moins dépressives et ont une meilleure qualité de vie.

Chez les conjointes, c'est la disponibilité et l'intensité, du soutien du patient, perçues par les conjointes, qui améliorent l'état émotionnel et la qualité de vie des patients. La perception des conjointes, d'une bonne disponibilité de leur époux et d'une intensité élevée de ce soutien, améliore l'état physique et psychologique de ces derniers. Étonnamment, l'ajustement dyadique perçu par les conjointes a des effets néfastes sur la qualité de vie émotionnelle et symptômes et les inquiétudes liés au cancer des patients. Ce résultat nous paraît très surprenant, néanmoins, nous supposons qu'il est le reflet de la situation à laquelle le couple est confronté. Nous supposons que face au diagnostic ou au traitement du cancer de leur époux, les conjointes adoptent un comportement « positif » c'est-à-dire qu'elles occultent les événements et le mode de vie passés, et s'engagent dans une « pensée positive » où tout va bien dans leur couple. Il est également possible que les conjointes aient une volonté de soutenir leur époux et donc d'être « soudées » face à l'adversité. Ceci se rapproche des résultats d'Arai et al. (1996) qui indiquent que la maladie réunit les conjoints. Cependant, ce n'est peut être pas le reflet de la vie quotidienne d'avant le cancer, ce qui peut expliquer les effets négatifs sur les patients. En effet, on peut concevoir que cette volonté de cohésion, de faire face à deux au cancer, déstabilise les patients, d'où l'altération de leur qualité de vie. On peut également penser que le poids de la société et des principes judéo-chrétiens du mariage (« *pour le meilleur et pour le pire* »), obligent, d'une certaine manière, les conjointes à réévaluer leur couple de façon positive, dont résulte une bonne cohésion, réelle ou imaginaire, qui provoque un mal-être chez les patients. Cette conclusion a également été rapportée par Keitel et al. (1987, 1990), qui ont affirmé que la relation conjugale est nécessairement affectée par le cancer, mais surtout, ont mis en avant le fait

que, face au cancer, les couples qui rapportent une haute satisfaction de leur relation conjugale nient probablement les problèmes maritaux.

Nous pouvons donc conclure que l'impact de la perception de la relation conjugale d'un membre du couple sur le bien-être de l'autre, est différent en fonction de celui qui la perçoit. Le sentiment de cohésion des patients, leur satisfaction conjugale rassurent et protègent les conjointes. En revanche, nous pouvons conclure que la bonne perception de cette relation est dommageable aux patients. La encore, ce nouveau rôle d'aidant est préjudiciable. Il entraîne une confusion importante chez les patients au niveau de l'identité de la personne qui partage leur vie. Les conjointes instaurent un fonctionnement conjugal « idéal » où le conflit n'a pas sa place, ce qui entraîne chez les patients une insatisfaction, source de détresse. Les patients sont conscients, du fait de la maladie, de n'être pas aussi présents et disponibles qu'ils le souhaiteraient ou le devraient, et sont insatisfaits de voir leur conjointe satisfaite, ou ne comprennent pas qu'elles puissent être satisfaite. Les efforts des conjointes pour mettre de côté les répercussions négatives de la maladie sur la vie de couple ne sont pas tolérées pas les patients.

Il semble donc fondamental que la vie de couple ne soit pas mise de côté au détriment de la maladie, et soit préservée. De plus, se sentir bien dans son couple et ne pas nier les conflits, qui font partie de la vie conjugale, fait que le couple va bien et que l'autre va également bien.

- *Effets acteurs-partenaires des stratégies de coping*

D'après les résultats observés, les stratégies de coping ont des répercussions importantes sur l'état physique et psychologique des patients et des conjointes.

Chez les patients, les stratégies de coping centrées sur le problème et sur la recherche de soutien social, qui sont des stratégies dites fonctionnelles, ont des effets bénéfiques au cours du traitement et légèrement plus importants vers la fin. Le fait que les patients se confrontent au problème, cherchent des solutions ou fassent des efforts pour obtenir la sympathie d'autrui, diminue leur anxiété et leurs symptômes dépressifs, et améliore leur qualité de vie. Ces résultats sont en adéquation avec ceux d'Endler et al. (2002) et de Ben-Tovim et al. (2002) qui montrent que l'esprit combatif améliore l'état émotionnel, et avec ceux de Roesch et al. (2005) qui indiquent que le coping centré sur le problème augmente les affects positifs et le fonctionnement social. Concernant la qualité de

vie, ils sont également similaires avec les résultats de Lepore et Eton (2000) qui concluent que les patients qui réorganisent les buts de leur vie, ont une amélioration de leur qualité de vie, et avec ceux de Roesch et al. (2005) qui montrent que les patients, qui tentent activement de réduire le stress engendré par le cancer, ont des scores élevés de qualité de vie. D'après Johnson et al. (1988), la collecte d'informations mène à un meilleur sentiment de contrôle du cancer, ce qui améliore l'état psychologique et physique, ce qui se vérifie dans notre étude. Cependant, il nous paraît important de mettre en évidence le fait que ces résultats sont légèrement différents de ceux observés dans le cas d'autres cancers. Par exemple, si on se réfère aux travaux de Cousson-Gélie et al. (1997), chez les femmes atteintes d'un cancer du sein, les stratégies centrées sur le problème sont associées à un bon état émotionnel mais à une mauvaise qualité de vie. Dans notre population de patients atteints d'un cancer de la prostate, les stratégies centrées sur le problème sont associées à un meilleur état émotionnel mais aussi à une meilleure qualité de vie.

Nous observons donc qu'entre les femmes atteintes d'un cancer du sein et les hommes atteints d'un cancer de la prostate, il y a des différences au niveau de l'implication des stratégies de coping sur l'état émotionnel et la qualité de vie. La question qui se pose est sur l'origine de ces différences : s'agit-il du genre ou de la localisation du cancer ? L'étude de Nicholls et al. (2007), s'est intéressée à l'utilisation des stratégies de coping chez des étudiants sportifs, en fonction du genre (455 hommes et 294 femmes). Ils concluent que les femmes utilisent plus fréquemment des stratégies de coping centrées sur le problème que les hommes. Toutefois, aucune étude, à notre connaissance, ne s'est intéressée à l'impact des stratégies de coping, sur le bien-être physique et psychologique, en fonction du genre, dans le cadre d'une pathologie cancéreuse. Il serait intéressant de savoir s'il existe un effet du genre et/ou de la localisation du cancer, en effectuant une étude comparative, sur l'utilisation des stratégies de coping et leur impact, entre des hommes et des femmes atteints d'un même cancer.

En revanche, les stratégies centrées sur l'émotion, qui sont des stratégies dites dysfonctionnelles, sont néfastes à tous les temps de l'étude et à tous les points de vue. Si les patients considèrent leur cancer comme quelque chose d'inéluctable et d'incontrôlable, alors les répercussions sur leur bien-être sont importantes et surtout catastrophiques, car leur anxiété augmente, qu'elle soit générale, liée au cancer, au test PSA, ou à la rechute, ainsi que leurs symptômes dépressifs, et leur qualité de vie physique et émotionnelle est dégradée. Ces résultats sont identiques à ceux observés dans les études précédentes. Ptacek et al. (1999) et Bjorck et al. (1999) ont également conclu que les stratégies émotionnelles sont liées à un mauvais état émotionnel. De plus, Roesch et al. (2005) ont

montré que les stratégies évitantes sont associées à un faible fonctionnement physique et à des affects négatifs.

Chez les conjointes, on observe que les stratégies de coping centrées sur le problème et sur la recherche de soutien social n'ont que très peu d'effets sur la détresse et le bien-être des conjointes. De plus, ces quelques effets ne sont pas tous positifs, comme c'est le cas chez le patient. Les stratégies centrées sur le problème améliorent la communication familiale et conjugale mais augmentent l'anxiété état générale, au milieu et à la fin du traitement, et les stratégies de recherche de soutien social améliorent la santé mentale, mais augmentent l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant. En revanche, à l'instar des patients, mais dans une moindre mesure, les stratégies centrées sur l'émotion ont des effets négatifs tout au long de l'étude, car augmentent l'anxiété état générale et les symptômes dépressifs, dégradent la santé mentale et augmentent l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant. Pourtant, elles améliorent la communication familiale et conjugale au début et à la fin du traitement. Lavery et al. (1999), Maliski et al. (2002), Malcarne et al. (2002) et Couper et al. (2005) montrent, dans leur étude respective, que les conjointes qui adoptent des stratégies de coping centrées sur le problème, la recherche d'information ou de soutien social sont moins dépressives que celles utilisant l'impulsivité ou l'impuissance.

On peut conclure que, face au cancer de la prostate, les stratégies de coping centrées sur le problème sont bénéfiques aux patients et que celles centrées sur l'émotion leur sont nocives. Les stratégies de coping des patients fluctuent entre la protection de soi (pour essayer de maintenir un certain sens de soi-même et de la normalité) et l'ajustement de soi (intégrer les changements à l'intérieur de soi en se confrontant à la réalité et en s'imposant un challenge) ce qui explique les effets positifs sur leur bien-être. Chez les conjointes, les stratégies centrées sur l'émotion sont délétères, et celles centrées sur le problème n'ont pas d'effet. Il est possible que les conjointes soient dans une démarche où elles font le constat que la maladie est présente et que rien ne peut changer la situation. Les stratégies adoptées par les conjointes pour combattre la maladie ne pallient pas la surcharge émotionnelle, induite par la maladie, les stratégies centrées sur l'émotion ne faisant que l'augmenter. Les effets de ces stratégies sont fortement influencés par la perception de la maladie, perception différente chez les patients et les conjointes, ce qui s'explique par le fait que l'un est porteur de la maladie et l'autre non.

Les résultats obtenus montrent que les stratégies de coping ont aussi des effets partenaires.

Les stratégies de coping adoptées par les patients ont exclusivement des effets positifs sur le bien-être des conjointes, tout au long de l'étude. Quand les patients adoptent des stratégies centrées sur le problème ou sur la recherche de soutien social, cela améliore l'état des conjointes, en réduisant leur détresse et l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant, et en améliorant leur santé aussi bien physique que mentale. Ainsi, le fait que les patients combattent leur maladie ou recherchent l'aide d'autrui, soulage les conjointes et leur permettent de réduire leur stress, tout au long du traitement et même après.

Chez les conjointes, le constat est différent. Que la stratégie adoptée par les conjointes soit centrée sur le problème, l'émotion ou la recherche de soutien social, elle a un impact négatif sur le bien-être des patients. Ceci est compréhensible pour les stratégies centrées sur l'émotion, qui sont souvent considérées comme dysfonctionnelles vis-à-vis du bien-être physique et psychologique. Ceci a été démontré par Ben Zur et al. (2001) chez des conjoints de femmes atteintes d'un cancer du sein. Ces auteurs précisent que le coping centré sur l'émotion est en relation avec la détresse des patientes. Toutefois, cela est plus étonnant pour les deux autres types de stratégies, considérées comme étant fonctionnelles. Il faut tout de même noter que ces effets sont moins nombreux que ceux observés chez les patients. On observe également, que les stratégies centrées sur le problème et sur l'émotion augmentent l'anxiété liée à la rechute, sauf au début du traitement, que les stratégies centrées sur l'émotion affectent la qualité de vie mentale et le bien-être fonctionnel, uniquement au début du traitement, et que les stratégies centrées sur la recherche de soutien social altèrent principalement le bien-être fonctionnel, pendant et après le traitement, et la santé mentale, au milieu du traitement. On peut imaginer que les comportements combattifs face à la maladie, que les conjointes adoptent, et leur volonté d'être entourées, ne correspondent pas aux comportements que les patients attendent de leur conjointe d'où les répercussions sur leur bien-être.

Malgré une totale absence d'études sur ce sujet, ne nous permettant pas de comparer nos résultats, nous pouvons conclure que l'impact des stratégies de coping adoptées par un membre du couple sur le bien-être de l'autre, est différent en fonction de celui qui les utilise, et que les stratégies adoptées par les conjointes ont toutes un impact néfaste sur les patients. Le fait que les patients adoptent des stratégies de coping, pour faire face à la maladie, rassure et soulage les conjointes. Cette attitude active de la part du patient est certainement perçue de façon favorable par les conjointes, qui ne se sentent pas seules face à cet événement de vie stressant. A l'inverse, le fait que les conjointes se battent contre la maladie, n'est pas toléré par les patients. Les conjointes semblent avoir une volonté, trop importante, de prendre le problème à leur charge et peuvent ainsi devenir « envahissantes »

pour les patients. De plus, 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 pas un mal-être important. Il semble donc essentiel de laisser les patients maîtres de la situation face à leur maladie et ne pas y faire face à leur place.

- *Effets acteurs-partenaires de l'état émotionnel sur la qualité de vie*

D'après les résultats, l'anxiété état générale et les symptômes dépressifs ont d'importants effets acteurs chez les patients et les conjointes.

Chez les patients et les conjointes, l'anxiété état générale et les symptômes dépressifs contribuent très fortement à la dégradation de tous les domaines de la qualité de vie. Les liens existant entre anxiété, dépression et qualité de vie ne sont plus à démontrer, l'altération de la qualité de vie chez les personnes anxieuses et/ou dépressives est quasiment devenue une relation inéluctable<sup>36</sup>. Pourtant, cette relation n'a quasiment pas été étudiée chez les patients atteints d'un cancer de la prostate et leur conjointe, car la plupart des recherches se sont intéressées, soit aux troubles anxio-dépressifs, soit à la qualité de vie sexuelle, urinaire et fécale. L'étude de Kornblith et al. (1994) indique tout de même qu'il existe une corrélation positive entre la détresse psychologique du patient et les douleurs, le manque d'énergie, la fréquence urinaire et la diminution de l'intérêt sexuel. Une autre étude très récente, celle de Kim et al (2008) montre également que la détresse des patients a un impact sur leur santé mentale et physique. Concernant les liens entre troubles émotionnels et qualité de vie chez les conjointes de patients atteints d'un cancer de la prostate, là encore, nous sommes confrontés à un manque très important de littérature, les recherches précédentes s'étant axées sur la comparaison patient/conjointe. L'étude de Kim et al. (2008) nous indique tout de même que la détresse psychologique des conjointes affecte leur santé physique et mentale.

Toutefois, les résultats de cette hypothèse qui nous paraissent les plus intéressants, sont ceux des effets partenaires.

---

<sup>36</sup> Il est important de préciser que cette évidence repose sur une confusion, comme le souligne Corten (1998). Il soumet même l'idée que ce concept de qualité de vie serait « un maquillage à la mode pour parler de vieux concepts comme la dépression et l'anxiété » et que le bien-être psychique (dimension du concept de qualité de vie) serait l'ensemble des différents troubles psychologiques.

Les résultats montrent que l'anxiété état générale et les symptômes dépressifs des patients n'affectent que très peu la qualité de vie des conjointes. Ainsi, ces deux troubles émotionnels diminuent l'altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant, au début du traitement. Ce résultat surprenant peut s'expliquer par le fait que les conjointes, voyant leur époux en détresse, minimisent les inconvénients et le poids des obligations qui leurs sont imposés par le cancer, ce qui diminue l'altération de leur qualité de vie. De plus, les symptômes dépressifs améliorent la communication familiale et conjugale après le traitement. On peut supposer que les troubles dépressifs des patients incitent les conjointes à échanger avec les patients pour les aider à soulager leur détresse, et avec la famille pour informer de l'état des patients et pour leur permettre également d'atténuer leurs propres angoisses. Ces troubles émotionnels ont tout de même quelques effets négatifs. Les symptômes dépressifs altèrent la santé physique au début du traitement, et l'anxiété détériore la santé mentale après le traitement, mais ces effets sont minimes. Ces résultats concordent en partie avec ceux de l'étude de Kim et al. (2008), qui ont utilisé la même méthodologie statistique que celle employée dans cette étude, et qui montrent que la détresse émotionnelle des patients n'affecte pas la santé mentale et physique des conjointes.

En revanche, les effets partenaires des conjointes sont plus importants et ne concernent que la qualité de vie physique. L'anxiété état générale des conjointes altère la qualité de vie des patients uniquement au début du traitement. Cette anxiété n'évoluant pas au cours de l'étude, on peut supposer que les patients relativisent, ou font moins attention à l'anxiété de leur conjointe, ce qui a pour effet de ne plus agir sur leur qualité de vie. Les symptômes dépressifs des conjointes, ont également des effets sur la qualité de vie des patients, au début du traitement, mais certains perdurent au cours du traitement. Les troubles dépressifs des conjointes sont donc préjudiciables pour le bien-être physique des patients. Ces résultats rejoignent complètement ceux de Kim et al. (2008) qui montrent que la détresse des conjointes affecte la santé physique mais en aucun cas la santé mentale des patients.

On peut donc conclure que l'état émotionnel de l'un affecte la qualité de vie de l'autre. Même si, les effets acteurs sont plus importants, il est tout de même essentiel de considérer l'impact du partenaire, car son action peut engendrer soit une aggravation soit une amélioration de la qualité de vie de l'autre. Le ou la partenaire est partie prenante dans le bien-être de l'autre.

## VII. Conclusion

Cette étude nous aura permis d'apporter de nombreuses précisions quant à la manière dont les patients et les conjointes vivent le traitement du cancer de la prostate, mais aussi de mieux comprendre ce qui influe sur leur bien-être, et surtout de connaître l'importance de ce que vit, ressent, reçoit ou adopte un membre du couple sur l'autre membre.

Tout d'abord, nous avons constaté que le traitement du cancer de la prostate n'a que peu d'effets négatifs sur l'état physique et émotionnel des patients. D'une façon générale, les patients ont un bilan clinique et psychologique satisfaisant, tout au long du traitement et dans le mois qui suivent. Les conjointes présentent, en revanche, des troubles dépressifs qui ne sont pas spécifiques au traitement, mais au cancer en lui-même. Nous avons également constaté une différence entre les patients et les conjointes. Ces dernières vivent plus mal le cancer du patient que le patient lui-même. Les conjointes ont une perception du cancer qui est plus pessimiste que celle des patients. Il semble que le fait de ne pas être porteur de la maladie induit une inquiétude plus grande. De plus, la peur de perdre l'être aimé semble plus forte que la peur de sa propre mort et semble être une source importante d'angoisse.

Ensuite, nous avons confirmé l'importance des transactions inter-individuelles sur le bien-être des patients et des conjointes. Chez les patients, un soutien social positif important, une bonne perception de la relation conjugale, et l'utilisation de stratégies de coping centrées sur le problème ou sur la recherche de soutien social, sont essentiels à un bon état émotionnel et une qualité de vie satisfaisante. Chez les conjointes, le soutien social n'a quasiment que des effets négatifs et les stratégies de coping centrées sur le problème ou sur la recherche de soutien social n'influent quasiment pas sur leur état émotionnel et physique. La satisfaction de la relation conjugale est tout de même importante pour leur bien-être, même si nous avons émis l'hypothèse que la relation évoquée, au cours de l'étude, n'est pas le reflet de la réalité, c'est-à-dire de la vie avant l'apparition du cancer. De plus, nous avons confirmé l'importance de l'état émotionnel des patients et des conjointes sur l'altération de leur qualité de vie.

Enfin, nous avons mis en évidence le rôle prédominant des conjointes dans le bien-être des patients, mais aussi celui des patients dans le bien-être des conjointes. En effet, nous avons constaté que le soutien social, que les patients ont à leur disposition, la bonne perception qu'ils ont de leur relation conjugale, et le fait qu'ils se confrontent à leur maladie,

soulagent et rassurent les conjointes. A l'inverse, les patients ont du mal à accepter l'investissement de leur conjointe et leurs comportements visant à les soulager et atténuer les effets du traitement dans leur vie quotidienne et dans leur vie de couple. Les conjointes qui nient les problèmes éventuels, relatifs à leur couple, ou qui se confrontent à la maladie de leur époux, sont source d'angoisse chez ces derniers. De plus, nous avons mis en évidence que l'état émotionnel des conjointes influe sur la qualité de vie des patients, alors que celui des patients n'a que peu d'impact sur la qualité de vie des conjointes.

Le soutien social, la relation conjugale et les stratégies de coping expliquent relativement bien les troubles anxio-dépressifs et la qualité de vie, que ce soit directement (effet acteur) ou indirectement (effet partenaire). De plus, on observe qu'ils ont tous des effets acteurs et partenaires positifs quand ils sont perçus par les patients. En revanche, on observe des effets assez surprenants lorsque ce sont les conjointes qui perçoivent le soutien social ou qui adoptent certaines stratégies. On peut même dire que ce qui est positif pour les patients est négatif pour les conjointes et que cela est même négatif pour les patients par le biais des conjointes. Même si le fait de vivre en couple est protecteur selon Rodrigue et al. (1994), il faut tout de même insister sur le fait que la vie de couple induit des répercussions néfastes sur les patients, qui ne sont pas négligeables. Ceci paraît surprenant, mais nous pouvons supposer que, quoi que fassent les conjointes, cela a des répercussions négatives sur les patients, que tous les efforts des conjointes, mis en œuvre pour le bien-être des patients, sont considérés, par les patients, comme la preuve ou le rappel constant de leur statut de malade, statut qu'ils n'acceptent pas. Concernant, les troubles émotionnels, leurs impacts sont tout à fait cohérents, même s'il est surprenant de voir que les troubles émotionnels des patients n'agissent que très peu sur la qualité de vie des conjointes.

De façon générale, on peut conclure que la manière d'être des patients est salvatrice pour eux et pour leur conjointe, alors que celle des conjointes leur est plutôt préjudiciable ainsi que pour leur époux. Cette étude nous aura permis de mettre à jour la complexité des rapports conjugaux et de leurs effets délétères, par le biais des effets observés.

En conclusion, nous pouvons envisager que les répercussions du cancer de la prostate et de son traitement sont réelles, mais en aucun dramatiques ou irrémédiables. De plus, il apparaît que le soutien social, la relation conjugale et les stratégies de coping sont de bons prédicteurs de la qualité de vie, directement ou par le biais du partenaire. Toutefois, l'expérience du cancer et de son traitement, provoque un remaniement de la vie conjugale, la réaction la plus fréquente étant un rapprochement, pas forcément positif, car souvent motivé par la peur de perdre l'être aimé, l'anxiété et tout un panel de sentiments inavouables

l'un à l'autre (comme la peur, l'inquiétude, l'agacement issu du comportement de l'autre, l'épuisement, ...). La plupart des couples font face, malgré la souffrance engendrée, parfois de façon maladroite, avec l'objectif commun de combattre la maladie.

Ce qui ressort de cette recherche, et ce qui va nous amener à envisager son prolongement, est le manque d'études sur le vécu psychologique des conjointes. Elles sont identifiées comme « aidantes » et non plus comme « individu singulier », ce qui explique les répercussions du cancer sur elles-mêmes ainsi que les conséquences de la perte de leur identité propre, mais aussi les répercussions négatives sur les patients.

Ces conclusions nous amènent à nous interroger sur la place de chacun face à la maladie et sur le devenir du couple, laissant une large ouverture pour la suite de cette étude. Tout d'abord, il semble que le cancer, comme toute autre maladie, provoque une redistribution des rôles et en amène de nouveaux. Dans cette étude, les hommes ont un rôle d'époux, rôle qu'ils ont acquis avant la maladie, mais aussi un rôle de patient, de malade, imposé par la maladie. Quant aux conjointes, elles ont également un rôle d'épouse, acquis avant la maladie, ainsi qu'un rôle d'aidante exigé par la maladie. Ces nouveaux rôles, propres à chacun, sont déstabilisants et induisent une souffrance importante. Hommes et femmes souffrent de leur nouveau rôle et tentent de conserver l'ancien, malgré la maladie, ce qui n'est pas forcément possible à cause, justement de ces nouveaux rôles.

Les hommes sont considérés comme des patients, des malades, à cause du cancer. Ajoutés à ceci, les troubles fonctionnels (urinaires, fécaux mais surtout érectiles), ils ont non seulement le sentiment de perdre leur place d'époux, mais aussi leur place d'homme, du fait de la perte de leur masculinité induite pas les effets secondaires. Leur sentiment d'être diminué, de ne pouvoir répondre aux attentes de leur épouse, et d'être considéré comme une personne malade, dont il faut prendre soin, est une source importante d'angoisse. De plus, le fait d'être considéré comme tel par leur épouse, qui fait tout son possible pour les soulager, les déstabilise et participe à leur détresse. Les comportements de protection, voire de surprotection des conjointes, sont vécus par les patients comme de l'infantilisation qui leur fait perdre leur identité et leur confère une place qu'ils ne désirent pas.

Les femmes sont, elles, considérées comme des aidantes, et acquièrent le devoir de s'occuper de leur époux. Ceci a des conséquences importantes et remanie complètement leur vie, à cause des effets délétères de la sensation de fardeau, que ce soit un fardeau objectif (importance des incapacités du patient qu'il faut palier, quantité d'aide fournie, présence de troubles psychologiques et physiques chez le patient) ou un fardeau subjectif

(fatigue, isolement social, troubles émotionnels). Cette nouvelle mission impose progressivement une relation de dépendance du malade envers sa conjointe, responsabilité de la personne malade que les conjointes peuvent mal vivre. S'occuper du malade nécessite un dévouement constant qui ne laisse plus la possibilité aux conjointes d'être épouse.

Par conséquent, il est évident que l'attribution de ces nouveaux rôles modifie les relations conjugales, et nous pouvons nous interroger sur le devenir du couple. Si l'on se réfère à la théorie systémique, le couple 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 (Reynaert, 1994). Reynaert et al. (2006) se sont intéressés à la dynamique de couple face au cancer, dans le champ théorique systémique. Ils affirment que *« 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. Un cancer, qui atteint un des partenaires, fait bien partie également de l'interaction conjugale »*. Pour eux le *« couple idéal serait celui qui sauvegarde jalousement un espace d'intimité pour le «Nous», quels qu'en soient le ou les domaines (loisirs, sports, culture, sexualité, construction de la maison, jeux, vie sociale, expression des émotions, éducation des enfants,..). Ils cultivent ainsi un lieu de confiance et de connivence où chacun peut se ressourcer sans être absorbé, où chaque membre peut gagner en sécurité, en estime de soi. Vivre ensemble, parfois séparément, parfois en cohésion, dans une oscillation flexible entre autonomie et dépendance permettra que le couple se tienne droit entre la famille d'avant et la famille d'après, entre passé et avenir. Un couple sain est un couple qui peut tomber malade et s'en relever, qui connaît des crises et des conflits, mais qui peut les surmonter et les résoudre. Un couple en équilibre peut se permettre des «ratés» dans sa sexualité, des périodes de lâches compromis, des silences et de la lassitude, pour autant que ceux-ci se réinscrivent ensuite dans un processus en évolution, car, in fine, c'est la temporalité (plutôt que les épisodes ponctuels) qui donne l'essence au projet amoureux »*.

La maladie cancéreuse influe sur chaque membre du couple et sur le couple lui-même. Elle modifie chaque personne, ce qui nous amène à penser que le syndrome d'Ulysse défini par Rang en 1972, n'est pas propre aux patients mais est également présent chez les conjointes.

Cette étude souffre tout de même de quelques imperfections. En effet, cette étude souffre d'un biais de volontariat qui nous laisse présumer que les personnes qui ont accepté de participer à cette étude ne sont pas celles qui seraient le plus en détresse, ceci n'étant qu'une perception de notre part, issue des rencontres avec ces personnes. De plus, la mortalité expérimentale, surtout au quatrième temps d'évaluation, nous fait perdre de

nombreuses données, même si nous avons montré qu'il n'y avait pas différences, aux niveaux des variables socio-démographiques, médicales et psychologiques, entre ceux qui ont effectué l'étude en totalité et ceux qui ont abandonné, mais surtout diminuée la puissance des tests statistiques utilisés. Enfin, le fait qu'il n'y ait eu que deux centres de recueils de données, rend nos résultats difficilement généralisables. Toutefois, cette étude présente de nombreux avantages qui constituent tout son intérêt. Il s'agit d'une étude originale qui utilise une méthodologie spécifique à la dyade et aux effets d'un membre du couple sur l'autre membre. De plus, c'est une étude longitudinale, qui comporte un nombre important de sujets, et c'est une des premières à s'intéresser au couple, et à son effet dans cette situation bien particulière, qu'est le traitement du cancer de la prostate. Enfin, elle apporte de nombreuses orientations de recherche en laissant entrevoir une nouvelle problématique essentielle pour la prise en charge des patients et des conjointes.

La nouvelle problématique qui émerge de cette recherche est la place de chacun au niveau individuel et au niveau du couple. Il semble essentiel de répondre à la question « Qui-suis-je ? Suis-je patient ou époux ? Suis-je aidante ou épouse ? » en associant les différents champs théoriques de la psychologie, celui de la psychologie de la santé, de la systémie et de la proximologie.

## Bibliographie

Aaronson, N.K., Bakker, W., Stewart, A.L., Van Dam, S.A.M., Van Zandwijk, N., Yarnold, J.R., Kirkpatrick, A. (1987). Multidimensional approach to the measurement of quality of life in lung cancer clinical trials. In N.K. Aaronson, Beckmann, J. (Ed.), *The quality of life of cancer patients*. (pp. 63-82). New York: Raven Press.

Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B. (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* 2000, 85, 365-376.

American Cancer Society (2007). <http://www.cancer.org>

American Joint Committee on cancer, A.J.C.C. (2002). *Cancer Staging Manual, 6th edition*: Springer.

Andrews, F.M., Crandall, R. (1976a). The Validity of Measures of Self-Reported Well-Being. *Social Indicators Research*, 3, 1-19.

Andrews, F.M., Withey, S.B. (1976b). *Social Indicators of Well-Being. American's Perception of Life Quality*. New-York, NY-USA: Plenum Press.

Antoine, P., Christophe, V., Nandrino, J-L. (2008). Echelle d'ajustement dyadique: Interet clinique d'une révision et validation d'une version abrégée. *L'Encéphale*, 34(4), 38-46.

Arai, Y., Kawakita, M., Terachi, T., Okada, O. (1996). Psychosocial aspects in long-term survivors of testicular cancer. *Journal of Urology*, 155, 574-578.

Arnold, E.M. (1999). The cessation of cancer treatment as a crisis. *Social Work in Health Care*, 29(2), 21-38.

American Psychiatric Association, (2003). *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé par American Psychiatric Association*. France: Broché.

Bacon, C.G., Giovannucci, E., Testa, M., Kawachi, I. (2001). The impact of cancer treatment on quality of life outcomes for patients with localized prostate cancer. *Journal of Urology*, 166, 1880-1881.

Baider, L., Sarel, M. (1984). Couples in crisis: Patient-spouse differences in perception of interaction pattern and the illness situation. *Family Therapy*, 9(2), 115-122.

Baider, L., Kaplan-De-Nour, A. (1988). Adjustment to cancer: who is the patient- the husband or the wife? *Israel journal of medical sciences*, 24, 631-636.

Baider, L., Perez, T., Kaplan-De-Nour, A. (1989). Gender and adjustment to chronic disease: a study of couples with colon cancer. *General Hospital Psychiatry* 11, 1-8.

Baider, L., Koch, U., Esacson, R., Kaplan De-Nour, A. (1998a). Prospective study of cancer patients and the spouses: The weakness of marital strength. *Psycho-oncology*, 7, 49-56.

Baider, L., Walach, N., Perry, S., Kaplan, De-Nour, A. (1998b). Cancer in married couples: higher or lower distress? *Journal of Psychosomatic Research*, 43(3), 239-248.

Baider, L., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Wygoda, M.R., Perez, 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.

Balderson, N., Towell, T. (2003). The prevalence and predictors of psychological distress in men with prostate cancer who are seeking support. *British journal of health psychology*, 8, 125-134.

Banitha, R., Malcarne, V.L., Varni, J.W., Ko, C.M., Robins Sadler, G., Greenbergs, L.H. (2003). The effects of dyadic strength and coping styles on psychological distress in couples faced with prostate cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(1), 31-52.

- Barrera, M. (1981). Social Support in the Adjustment of Pregnant Adolescents: Assessment Issues. In B.H. Gottlieb (Ed.), *Social Networks and Social Support*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Beard, C.J., Propert, K.J., Rieker, P.P. (1997). Complications after treatment with external-beam irradiation in early-stage prostate cancer patients: a prospective multi-institutional outcomes study. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology* 15(1), 223-229.
- Beauchesne, H. (1993). *Histoire de la psychopathologie*. Paris Presse Universitaire de France, PUF.
- Beaune, D. Reveillere, C. (1996). *Psychologie clinique et pathologique perspective bio psycho sociale*. Europe: Gaëtan Morin Editeur
- Beaufils, B. (1996). Qualité de vie et bien-être psychologique. *Gérontologie et société*, 78, 39-50
- Beck, A.T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York Harper and Row
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York International Universities Press
- Bennett, G., Badger, T.A. (2005). Depression in men with prostate cancer. *Oncology nursing forum*, 32, 545-556.
- Ben-Tovim, D.I., Dougherty, M.L.G., Stapelton, A.M.F., Pinnock, C.B. (2002). Coping with prostate cancer: a quantitative analysis using a new instrument, the centre for clinical excellence in urological research coping with cancer instrument. *Urology*, 59(3), 383-388.
- Ben-Zur, H., Gilbar, O., Lev, S. (2001). Coping With Breast Cancer. *Psychosomatic medicine*, 63, 32-39.
- Berglund, G., Bolund, C., Gustafsson, U., Sjoden, P.O. (1997). Is the wish to participate in a cancer rehabilitation program an indicator of the need? Comparisons of participants and non-participants in a randomized study. *Psycho-Oncology* 6, 35-46.
- Bériot, D. (2006) *Manager par l'approche systémique*. Groupe Eyrolles, Editions d'organisation.
- Billings, A.G., Moos, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(139-157).
- Bisson, J.I., Chubb, H.L., Bennett, S., Mason, M., Jones, D., Kynaston, H. (2002). The prevalence and predictors of psychological distress in patients with early localized prostate cancer. *British Journal of Urology international*, 90, 56-61.
- Bjorck, J.P., Hopp, D.P., Jones, L.W. (1999). Prostate cancer and emotional functioning: effects of mental adjustment, optimism and appraisal. *Journal of psychosocial Oncology*, 17, 71-85.
- Blanchard, K., Proverbs-Singh, T., Katner, A., Lifsey, D., Pollard, S., Rayford, W. (2005). Knowledge, attitude and beliefs of women about the importance of prostate cancer screening. *Journal of the National Medical association*, 97(10), 1378-1385.
- Bloom, J.R., Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with breast cancer. *Social Science and Medicine*, 19, 831-837.
- Bloom, J.R., Kessler, L. (1994). The risk and timing of counseling support interventions for younger women with breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 16, 99-106.

- Booth, A., Johnson, D.R. (1994). Declining health and marital quality. *Journal of Family and Marriage*, 56, 218-223.
- Borkovec, T.D. (1976). Physiological and cognitive process in the regulation of anxiety. In Schwartz, G.E. Shapiro, D. (Eds.), *Consciousness and self-regulation. Advances in research.* (Vol. 1, pp. 216-312). New York: Plenum.
- Boudioni, M., McPherson, K., Mossman, J., Boulton, M., Jones, A.L., King, J., Wilson, E., Slevin, M.L. (1999). An analysis of first-time enquirers to the cancer BACUP information service: Variations with cancer site, demographic status and geographical location. *British Journal of Cancer*, 79, 138-145.
- Boyle, D., Blodgett, L., Gnesdiloff, S., White, J., Bamford, A.M., Sheridan, M., Beveridge, R. (2000). Caregiver quality of life after autologous bone marrow transplantation. *Cancer nursing*, 23(3), 193-203.
- Bradbury, T.N., Cohan, C., Karney, B.R. (1998). Optimizing longitudinal research for understanding and preventing marital dysfunction. In Bradbury, T.N. (Ed.), *The developmental course of marital dysfunction.* New York: Cambridge University Press.
- Bradbury, T.N., Fincham, F.D., Beach, S.R.H. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 62, 964-980.
- Bralis, K.G., Santa-Cruz, C., Brickman, A. I., Soloway, M.S. (1994). Quality of life 12 months after radical prostatectomy. *British Journal of Urology*, 75, 48-53.
- Bruchon-Schweitzer, M., Paulhan, I., (1993). *Manuel français de l'échelle d'Anxiété Trait, Anxiété Etat de C.D., Spielberger.* Paris: ECPA.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé: modèle, concepts et méthodes.* France: Dunod.
- Buehlman, K.T., Gottman, J.M., Katz, L.F. (1992). How a couple views their past predicts their future: Predicting divorce from an oral history interview. *Journal of Family Psychology*, 5, 295-318.
- Butow, P., Dunn, S., Tattersall, M., Jones, Q. (1994). Computer based interaction analysis of the cancer consultation. *British Journal of Cancer*, 71, 1115-1121.
- Buttler, L., Downe-Wamboldt, B., Marsh, S., Bell, D., Jarvi, K (2000). Behind the scenes : Partner's perceptions of quality of life postradical prostatectomy. *Urologic nursing* 20, 254-258.
- Campbell, A. (1976a). Subjective Measures of Well-Being. *American Psychologist*, 31, 117-124.
- Campbell, A., Converse, Ph. E., Rodgers, W.L. (1976b). *The Quality of American Life. Perceptions, Evaluations & Satisfactions.* New-York: Russell Sage Foundation.
- Cancérologie-info (2007). <http://www.cancerologie-info.com/>
- Caplan, G. (1974). «The Family as Support System» in: Support System and Mutual Help: Multidisciplinary Explorations, in Caplan, G. and Millilea, M. New York: Grune and Stratton.
- Carey, P. J., Oberst, M. T., McCubbin, M. A., Hughes, S. H. (1991). Appraisal and caregiving burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. *Oncology nursing forum*, 18, 1341-1348.
- Carver, C., Sheir, M., Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Cassel, J. (1976). «The Contribution of The Social Environment to Host Resistance», *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.

Cassileth, B.R., Soloway, M.S., Vogelzang, N.J., Chou, J.M., Schellhammer, P.D., Seidmon, E.J., Kennealey, G.T. (1992). Quality of life and psychosocial status in stage D prostate cancer. *Quality of Life Research*, 1(5), 323-330.

Caughlin, J.P., Huston, T.L. (2002). A contextual analysis of the association between demand/withdraw and marital satisfaction. *Pain Medicine*, 9(1), 95-119.

Cavro, E., Bungener, C., Bioy, A. (2005). Le syndrome de Lazare : une problématique de la rémission. Réflexions autour de la maladie cancéreuse chez l'adulte. *Revue francophone de psycho-oncologie*, 2, 74-79.

Cella, D., Tulsky, D.S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S.B., Winicour, P., Brannon, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) scale: development and validation of the general measure. *Journal of clinical Oncology*, 11, 570-579.

Cella, D. (1997). *Manual of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) scales (version 4)*. Evanston: Northwestern University.

Christensen, A., Shenk, J.L. (1991). Communication, Conflict patterns in couples. In K. Hahlweg, Goldstein, M.J. (Ed.), *Understanding major mental disorder: the contribution of family interaction research*. New York: Family process press.

Clark, J.A., Riekar, P. Propert, K.J., Talcott, J.A. (1999). Changes in quality of life following treatment for early prostate cancer. *Urology*, 53, 161-168.

Cleary, P.D., Morrissey, G., Oster, G. (1995). Health-related quality of life in patients with advanced prostate cancer: A multinational perspective. *Quality of Life Research*, 4(3), 20è-22à.

Clements, R., Swenson, C.H. (2000). Commitment to one's spouse as a predictor of marital quality among older couples. *Current Psychology*, 19(2), 110-119.

Cliff, A.M., MacDonagh, R.P. (2000). Psychosocial morbidity in prostate cancer: II. A comparison of patients and partners. *BJU International*, 86(7), 834-839.

Cobb, S., (1976) «Social Support Moderator of Life Stress», *Psychosomatic Medicine*, 38, 5, 300-314.

Cohen, S., Wills, T.A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.

Cohen, S., Underwood, L.G., Gottlieb, B.H. (2000). *Social Support Measurement And Intervention: A Guide For Health And Social Scientists*: Oxford University Press.

Corten, P. (1998). Le concept de qualité de vie vu à travers la littérature anglo-saxonne. *L'Information Psychiatrique* 9, 922-932.

Couper, J.W., Bloch, S., Love, A., Duchesne, G., Macevan, M., Kissane, D.W. (2005). The psychosocial impact of prostate cancer on patients and their partners. *Medical Journal of Australia*, 185(8), 428-432.

Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J., Rasclé, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping: validation française de la W.C.C. (Ways of Coping Checklist). *Psychologie Française*, 41(2), 155-164.

Cousson-Gélie, F., Raheisson, C., Bruchon-Schweitzer, M., Taytard, A. (1999). Quels sont les liens entre les styles de coping et la qualité de vie? *Psychologie et Psychométrie*, 20(1), 25-36.

Cousson-Gélie, F. (2000). Breast cancer, coping and quality of life: a semi-prospective study. *European Review of Applied Psychology*, 3, 315-320.

Curtis, R.C. (2001). Coping with prostate cancer: the effects of family strength, sense of coherence, and spiritual resources. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering* 61 (3837-4014).

- Dakof, G.A., Taylor, S.E. (1990). Victim's perceptions of social support: what is helpful from whom. *Journal of personality and Social Psychology*, 58, 80-89.
- David, D., Montgomery, G.H., Bovbjerg, D.H. (2006). Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Personality and Individual Differences*, 40, 203-213.
- Davidson, B.J., Degner, L.F., Morgan, T.R. (1995). Information and decision-making preferences of men with prostate cancer. *Oncology nursing forum*, 22, 1401-1408.
- 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.
- De Haes, J.C., Van Knippenberg, F.C. (1985). The Quality of Life of Cancer Patients: A Review of the Literature. Special Issue: Cancer & the Mind. *Social Science and Medicine*, 20(8), 809-817.
- Delay, J. (1946). *Les dérèglements de l'humeur*. Paris: Presse Universitaire de France, PUF.
- Denoix, P.F. (1946). Enquête permanente dans les centres anticancéreux. *Bulletin de l'Institut National de l'Hygiène*, 1, 70-75.
- Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, N.D., Piasetsky, S., Scmale, A.M., Hendricks, M., Carnicke, D.L.M.Jr. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249, 751-757.
- Dik, R.B., Sutherland, A.M. (1956). Adaptation of spouse and other family members to the colostomy patient. *Cancer*, 9, 1120-1126.
- Duke, J., Byles, J., Treloar, C. (2001). The perceived needs of men diagnosed with prostate cancer. *Australian Epidemiology*, 8(2), 34-40.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40(4), 77-98.
- Dunn, J., Steginga, S., Occhipinti, S. (1999). Men's preferences for sources of information about and support for care. *Journal of Cancer Education*, 14, 238-242.
- ECA. (1996). Epidemiologic Catchment Area.
- Edwards, B., Clarke, V., (2003). 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.
- Eidelson, R.J., Epstein, N. (1982). Cognition and relationship maladjustment: Developmental of a measure of dysfunctional relationship beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 715-720.
- Ell, K., Nishimoto, R., Mantell, J., Hamovitch, M. (1988). Longitudinal analysis of psychosocial adaptation among family members of patients with cancer. *Journal of psychosomatic research*, 32, 429-438.
- Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J., Hamovitch, H. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 531.
- Ellis, A. (1962). Reason and Emotion In *Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A., Grieger, R. (1977). *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. New York: Springer.
- 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(4), 711-717.

- Epping-Jordan, J.E., Compas, B.F., Osowicki, D.M., Oppedisano, F., Gerhart, C., Primo K. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Process of emotion distress. *Health psychology, 18*, 315-326.
- Esper, P., Mo, F., Chodak, G., Sinner, M., Cella, D., Pienta, K.J. (1997). Measuring quality of life in men with prostate cancer using the functional assessment of cancer therapy-prostate instrument. *Urology, 50*(6), 920-928.
- Eton, D.T., Lepore, S.J., Helgeson, V.S. (2001). Early quality of life in patients with localized prostate carcinoma: an examination of treatment-related, demographic, and psychosocial factors. *Cancer, 92*, 1451-1459.
- Eton, D.T., Lepore, S.T., Helgeson, V.S. (2005). Psychological distress in spouses of men treated for early stage prostate carcinoma. *Cancer, 103*(11), 2412-2419.
- Fallowfield, L.J., Hall, A., Maguire, G.P., Baum, M. (1990). Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal, 301*, 575-580.
- Fallowfield, L.J., Hall, A., Maguire, P., Baum, M., A'Hern, R.P. (1994). Psychological effects of being offered choice of surgery for breast cancer. *British Medical Journal, 309*, 448-448.
- Feldman-Stewart, D., Brundage, M.D., Nickel, J.C., Mackillop, W.J. (2001). The information required by patients with early stage prostate cancer in choosing their treatment. *British Journal of Urology, 8*, 7218-7223.
- Feltwell, A.K., Rees, C.E. (2004). The information-seeking behaviors of partners of men with prostate cancer: a qualitative pilot study. *Patient education and counseling, 54*(2), 179-185.
- Ferreri, M., Ferreri, F. (2001). *Dictionnaire de l'anxiété*. France: Broché.
- Fincham, F., Linfield, K. (1997). A new look at marital quality: Can spouses feel positive and negative about their marriage? *Journal of Family Psychology, 11*, 489-502.
- Fleshman, J.W. (1993). Anorectal motor physiology and pathophysiology. *Surgical Clinics of North America 73*(6), 1245-1265.
- Floyd, F.J., Markman, H.J. (1983). His and her marriage: a multivariate study of gender and marital satisfaction. *Sex role, 24*, 209-221.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 3*(571-579).
- Fowler, F.J., Barry, M.J., Lu-Yao, G., Wasson, J.H., Bin, L. (1996). Outcomes of external-beam radiation therapy for prostate cancer: a study of Medicare beneficiaries in three surveillance, epidemiology, and end results areas. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology 14*(8), 2258-2265.
- Foy, S., Rose, K. (2001). Men's experiences of their partner's primacy and recurrent breast cancer. *European journal of oncology 5*(1), 42-48.
- Franks, H.M., Roesch, S.C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology, 15*, 1027-1037.
- Freud, S. (1871). *Névrose, psychose et perversion*: Presses Universitaires de France - PUF;1999.
- Freud, S. (1915). " *L'inconscient* ": Œuvres complètes-Psychanalyse, vol. XIII, 2e édition corrigée, Paris, PUF, 1994, p. 205-244.
- Fritzscher, K., Burger, T., Hartmann, A., Nübling, M., Spahn, C. (2005). The psychosocial evaluation of medically-ill inpatients: accordance between mental disorders and self-rated psychosocial distress. *GMS psycho social medicine 2*, 1-13.

- Fuhrer, R., Rouillon, F. (1989). La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'auto-évaluation. *Psychiatrie et Psychologie*, 4, 163-166.
- Galbraith, M.E., Ramirez, J.M., Pedro, L.W. (2001). Quality of life, health outcomes, and identity for patients with prostate cancer in five different treatment groups. *Oncology nursing forum*, 28(3), 551-560.
- Gandek, B., Ware., J.E., Aaronson, N.K., Apolone, G., Bjorner, J.B., Brazier, J.E., Bullinger, N., Kaasa, S., Lepelge, 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. International quality of life assessment. *Journal of clinical Epidemiology*.
- Garnick, M.B. (1994). The dilemmas of prostate cancer. *Scientific American*, 270(4), 52-59.
- Gentry, W.D., Kobasa, S.C. (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationship in humans. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of behavioral medicine*. New York: Guilford.
- Germino, B.B., Mishel, M.H., Belyea, M., Harris, L., Ware, A., Mohler, J. (1998). Uncertainty in prostate cancer: Ethnic and family patterns *Cancer Practice*, 6, 107-113.
- Gilbar, O. (1999). Gender as a predictor of burden and psychological distress of elderly husbands and wives of cancer patients. . *Psycho-oncology*, 8, 227-294.
- Gill, D.S., Christensen, A., Fincham, F.D. (1999). Predicting marital satisfaction from behavior: Do all roads really lead to Rome? *Personal Relationships*, 6(3), 369-387.
- 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.
- Given, C.W., Stommel, M., Given B., Osuch, J., Kurtz, M.E., Kurtz, J.C. (1993). The influence of the cancer patients' symptoms, functional states on patients' depression and family caregivers' reaction and depression. *Health psychology*, 12, 277-285.
- Glasdam, S., Jensen, A.B., Madsen, E.L., Rose, C. . (1996). Anxiety and depression in cancer patients' spouses *Psycho-oncology*, 5(1), 23-29.
- Gleave, M.E., Bruchovsky, N., Moore, M.J., Venner, P. (1999). Prostate cancer: treatment of advanced disease. *Canadian Medical Association*, 160, 225-232.
- Gore, J.L., Krupski, T., Kwan, L., Maliski, S., Litwin, M.S. (2005). Partnership status influences quality of life in low-income, uninsured men with prostate cancer. *Cancer*, 104(1), 191-198.
- Gould, D., Krane, V. (1992). The arousal-athletic performance relationship: Current status and future directions. In Horn T. (Ed.), *Advances in Sport Psychology* (pp. 119-160). Champaign IL: Human Kinetics.
- Gray, R.E. (2003). *Prostate tales men's experiences with prostate cancer*. Harriman, Tennessee: Men's studies press.
- Gray, R.E., Fitch, M., Davis, C., Phillips, C. (1997). Interviews with men with prostate cancer about their self-help group experience. *Journal of Palliative Care*, 13, 15-21.
- Green, C.A., Pope, C.R. (1999). Gender, psychosocial factors and the use of medical services: A longitudinal analysis. *Social Science and Medicine*, 48, 1363-1372.
- Greenglass, E.R. (1992). A gender-role perspective of social support: Implications for psychological functioning. *International Journal of Psychology*, 27, 601.
- 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 Anxio-dépression, In *Evaluation Clinique Standardisée en Psychiatrie* (Vol. 1). Boulogne: Edition Médicales Pierre Fabre.
- Haan, N. (1965). Coping and defense mechanisms related to personality inventories. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 373-378.
- Haley, W.E., Levine, E.G., Brown, S.L., Bartolucci, A.A. (1987). Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging*, 2, 323-330.
- Halford, W., Gravestock, F., Lowe, R., Scheldt, S. (1992). Toward a behavioral ecology of stressful marital interactions. *Behavioral Assessment*, 14, 199-217.
- Halford, W.K., Hahlweg, K., Dunne, M. (1990). The cross-cultural consistency of marital Communication associated with marital distress. *Journal of Marriage and Family*, 52, 523-532.
- Halpert, B., Sheehan, E.E., Schmalhorst, W.R., Scott, R.Jr. (1963). Carcinoma of the prostate. *Cancer*, 16(6), 737-742.
- Harrison, J., Haddad, P., Maguire, P. (1995a). The impact of cancer upon key relatives: A comparison of relative and patient concerns. *European Journal of Cancer* 11, 1736-1740.
- Harrison, J., Maguire, P., Pitceathly, C. (1995b). Confiding in crisis: Gender differences in pattern of confiding among cancer patients. *Social Science and Medicine*, 41, 1255-1260.
- Haute Autorité de Santé (2008). <http://www.has-sante.fr/>
- Headey, B.W., Holmstrom, E., Wearing, A. (1984a). Well-Being & Ill-Being. Different Dimensions? *Social Indicators Research* 14(2), 115-139.
- Headey, B.W., Holmstrom, E., Wearing, A. (1984b). The impact of Life Events & changes in domain satisfaction on well being. *Social Indicators Research* 15, 203-227.
- Helgason, A.R., Adolfsson, J., Dickman, P., Fredrikson, M., Arver, S., Steineck, G. (1996). Waning sexual function - The most important disease-specific distress for patients with prostate cancer. *British Journal of Cancer*, 73, 1417-1421.
- Helgason, A.R., Adolfsson, J., Dickman, P., Arver, S., Fredrikson, M., Steineck, G. (1997). Factors associated with waning sexual function among elderly men and prostate cancer patients. *Journal of Urology*, 158(1), 155-159.
- Heller, R.F., Edwards, R., McElduff, P. (2003). Implementing guidelines in primary care: Can population impact measures help? *BMC Public Health*, 3(7).
- Herr, H.W., Kornblith, A.B., Ofman, U. (1993). A comparison of the quality of life of patients with metastatic prostate cancer who received or did not receive hormonal therapy. *Cancer*, 71, 1143-1150.
- Hinds, C. (1992). Suffering: a relative unexplored phenomenon among family caregivers of non-institutionalized patients with cancer. *Journal of Advanced Nursing* 15, 173-181.
- Holland, J.C. (1989). Anxiety and cancer: the patient and the family. . *Journal of clinical psychiatry*, 20(5), 20-25.
- Holland, J.C., Kash, K.M., Passik, S., Gronert, M.K., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S. M., Baider, L., Fox, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness *Psycho-oncology*, 7, 460-469.
- 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.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support* Reading, MA: Addison-Wesley.
- House, J.S., Kahn, R.L. (1985). Measures and Concepts of Social Support. In Cohen, S. Syme, S.L. (Ed.), *Social Support & Health* (pp. 83-108). New York: Academic Press.

- Houts, P., Rusenias, L., Simmonds, M., Hufford, D. (1991). Information needs of families of cancer patients: A literature review and recommendations. *Journal of Cancer Education*, 6, 225-261.
- Imbault-Huart, M.J. (1985). Histoire du cancer. *Histoire*, 74.
- Inserm (2008). Cancer et environnement. Une expertise collective de l'Inserm. <http://www.inserm.fr/>
- Institut de veille sanitaire. <http://www.invs.sante.fr/>.
- Jacobsen, P.B., Holland, J.C. (1991). The stress of cancer: psychological responses to diagnosis and treatment. . In Cooper, C.L., Watson, M. (Ed.), *Cancer and stress Psychological, biological and coping studies*. New York: John Wiley and sons.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., McDonald, D.W. (1982). Reactivity of positive and negative behavior in distressed and nondistressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 706-714.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C. (1985). Clinical significance of improvement resulting from two behavioral marital therapy components. *Behavior Therapy* 16(249-262).
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*: Alcan, Paris 1889. Rééd. Odile Jacob, Paris 1998.
- Johnson, J.E., Nail, L.M., Lauver, D., King, K.B., Keys, H. (1988). Reducing the negative impact of radiation therapy on functional status. *Cancer*, 61, 46-51.
- Johnstone, B.G.M., Silberfeld, M., Chapman, J.A., Phoenix, C., Sturgeon, F.G., Till, J.E., Sutcliffe, S.B. (1991). Heterogeneity in responses to cancer. Part II: Sexual responses. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 182-185.
- Joly, F., Brune, D., Couette, J.E., Lesaunier, F., Héron, J.F., Pény, J., Henry-Amar, M. (1998). Health-related quality of life and sequelae in patients treated with brachytherapy and external beam irradiation for localized prostate cancer. *Annals of oncology*, 9, 751-757.
- Jones, D A.S., Peters, T.J. (1992). Caring for elderly dependents: Effects on the carer's quality of life. *Age Ageing*, 21, 421-428.
- Kahn, R., Antonucci, T.C., (1980). *Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. Life-Span Development and Behavior*. Orlando: Academic press.
- Keitel, M.A. (1987). Adjustment and coping in spouses of cancer surgery patients. *Published doctoral dissertation, State University of New York at Buffalo, 1986*.
- Keitel, M.A., Cramer, S. H., Zevon, M.A. (1990). Spouses of cancer patients: a review of the literature. *Journal of Counseling and Development*, 69, 163-166.
- Keitel, M.A., Zevon, M.A., Rounds, J., Petrelli, N., Karakousis, C. (1990b). Spouse adjustment to cancer surgery: Distress and coping responses. *Journal of surgical oncology*, 43, 148-153.
- Kenny, D.A., Kashy, D.A., Cook, W.L. (2006). *Dyadic data analysis*. New York: The Guilford Press.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., Kendler K.S. (1994). Lifetime and 12 months prevalence of DSM III R psychiatric disorders in the United States *Archives of General Psychiatry* 51, 8-19.
- Kim, Y., Kashi, D.A., Wellisch, D.K., Spillers, R.L., Kaw, C.K., Smith, T.G. (2008). Quality of life of dealing with cancer: Dyadic and individual adjustment among breast and prostate cancer survivors and their spousal caregivers. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 230-238.
- Kirschner-Hermanns, R., Jakse, G. (2002). Quality of life following radical prostatectomy. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 43, 141-151.

- Ko, C.M., Malcarne, V.L., Varni, J.W., Roesch, S.C., Banthia, R., Greenbergs, H.L., Sadler, G.R. (2005). Problem-solving and distress in prostate cancer patients and their spousal caregivers. *Supportive care in cancer*, 13(6), 367-374.
- Koocher, G., O'Malley, J. (1981). *The Damocles Syndrome: Psychosocial consequences of surviving childhood cancer*. New-York: McGraw-Hill.
- Korfage, I.J., Essink-Bot, M.L., Borsboom, G.J.J.M., Madalinska, J.B., Kirkels, W.J., Habbema, J.D.F., Schröder, F.H., De Koning, H.J. (2005). Five-year follow-up health-related quality of life after primary treatment of localized prostate cancer. *International Journal of Cancer*, 116(2), 291-296.
- Korfage, I.J., Essink-Bot, M.L., Janssens, A.C.J.W., Schröder, F.H., De Koning, H.J. (2006). Anxiety and depression after prostate cancer diagnosis and treatments: 5-Year follow-up. *British Journal of Cancer*, 94(8), 1093-1098.
- Kornblith, A.B., Herr, H.W., Ofman, U.S., Scher, H.I., Holland, J.C. (1994). Quality of life of patients with prostate cancer and their spouses: The value of a data base in clinical care. *Cancer*, 73(11), 2791-2802.
- Kornblith, A.B., Herndon, I.J.E., Zuckerman, E., Godley, P.A., Savarese, D., Vogelzang, N.J., Holland, J.C. (2001). The impact of docetaxel, estramustine, and low dose hydrocortisone on the quality of life of men with hormone refractory prostate cancer and their partners: a feasibility study. *Annals of oncology*, 12, 633-641.
- Kovess, V., Gysens, S., Chanois, P.F. (1993). Une enquête de santé mentale : l'enquête santé des franciliens. *Annales medico psychologique* 151(9), 624-628.
- Kronenwetter, C., Weidner, G., Pettengill, E., Marlin, R., Crutchfield, L., McCormac, P., Raison, C.J., Ornish, D. (2005). A qualitative analysis of interviews of men with early stage prostate cancer : the prostate cancer lifestyle trial. *Cancer nursing*, 28, 99-107.
- Krongrad, A., Lai, H., Burke, M.A., Goodkin, K., Lai, S. (1996). Marriage and mortality in prostate cancer. *Journal of Urology*, 156, 1696-1700.
- Kunkel, E., Bakker, J., Myers, R., Oyesanmi, O., Gomella, L. (2000). Biopsychosocial aspects of prostate cancer. *Psychosomatics*, 41(85-94).
- Kurdek, A. (2002). On being insecure about the assessment of attachment styles. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19(6), 811-834.
- Kurdek, L. A. (1999). The Nature and predictors of the trajectory of change in marital quality for husbands and wives over the first 10 years of marriage. *Developmental Psychology*, 35, 1283-1296.
- Lafaye, A., Cousson-Gélie, F., Petit, S., & Bouisson, J. (2007). Cancer de la prostate et relation conjugale: Point de vue du patient et de sa conjointe. Résultats préliminaires. *Psycho-Oncologie*, 1(4), 246-251.
- Lavery, J.F., Clarke, V.A. (1999). Prostate cancer: Patients' and spouses' coping and marital adjustment. *Psychology, Health and Medicine*, 4(3), 289-302.
- Lazarus, R.S., Launier, R. (1978). Stress-related Transactions between Person and environment. In Pervin, L.A., Lewis, M. (Ed.), *Perspectives in interactional Psychology* (pp. 287-327). New-York: Plenum.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New-York: Springer.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Le Corroller-Soriano, A.G., Malavolti, L., Mermilliod, C. (2008). *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*. La documentation française.
- LeFebvre, K.A. (1978). The cancer patients and their spouses: A study by self-report (Doctoral dissertation, University of Tennessee, 1977). *Dissertation Abstract International*, 44, 611B.

- Lépine, J.P., Boulenger, J.P., Pariente, P. (1989). Enquête nationale sur l'anxiété, méthode et résultats préliminaires. *Actualité médecine interne psychiatrique*, 79 (suppl), 11-18.
- Lépine, J.P., Lellouch, J. (1993). Étude épidémiologique des troubles dépressifs et anxieux dans une population générale. *Annales Médico-Psychologiques*, 151(9), 618-623.
- Lepège, A., Coste, J. (2001). *Mesures de la Santé Perceptuelle et de la Qualité de Vie : méthodes et applications*. Paris: Estem.
- Lepore, S.J., Helgeson, V.S. (1998). Social constraints, intrusive thoughts, and mental health after prostate cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 89-106.
- Lepore, S.J., Eton, D.T. (2000). Response shifts in men with prostate cancer: An evaluation of suppressor and buffer models. In C. E. Schwartz, Spranger, M. A. (Ed.), *Adaptation to changing health: Response shift in quality of life research*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Levine, S. (1987). The Changing Terrains in Medical Sociology: Emergent Concern with Quality of Life. *Journal of Health and Social Behavior* 28, 1-6.
- Lewinsohn, P.M., Weinstein, M., Shaw, D. (1969a). Depression: A clinical-research approach. In Rubin, R.D., Frank, C.M. (Ed.), *Advances in behavior therapy*. New York: Academic Press.
- Lewinsohn, P.M., Shaw, D. (1969b). Feedback about interpersonal behavior as an agent of behavior change: A case study in the treatment of depression. . *Psychotherapy and Psychosomatics*, 17, 82-88.
- Lewinsohn, P.M. (1971a). Use of home observations as an integral part of the treatment of depression: Preliminary report and case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 87-94.
- Lewinsohn, P.M. (1971b). Assessment of clinical (diagnostic) skill: Illustration of a quantitative approach. *Professional Psychology*, 2, 303-304.
- Lewinsohn, P.M. (1974a). Clinical and theoretical aspects of depression. In Calhoun, K.S., Adams, H.E., Mitchell, K.M. (Eds.), *Innovative treatment methods in psychopathology*. (pp. 63-120). New York: John Wiley and Sons.
- Lewinsohn, P.M. (1974b). A behavioral approach to depression. . In Friedman, R.J., Katz, M.M. (Ed.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. (pp. 157-186). New York: John Wiley and Sons. .
- Lewinsohn, P.M., Sullivan, J.M., Grosscup, S.J. (1980a). Changing reinforcing events : An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 47, 322-334.
- Lewinsohn, P.M., Mischel, W., Chaplin, W., Barton, R. (1980b). Social competence and depression: The role of illusory self perceptions? *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 203-212.
- Lewinsohn, P.M., Lee, W.M.L. (1980c). Assessment of affective disorders. In Barlow, D.H., (Ed.), *Behavioral assessment of adult disorders*. New York: Guilford Press.
- Lewis, F.M. (1990). Strengthening family supports. *Cancer*, 65, 752-759.
- Lim, A.J., Brandon, A.H., Fieldler, J., Brickman, A.L., Boyer, C.I., Raub, W.A.Jr., Soloway, M.S. (1995). Quality of life: Radical prostatectomy versus radiation therapy for prostate cancer. *Journal of Urology*, 154, 1420-1425.
- Lintz, K., Moynihan, C., Steginga, S., Norman, A., Eeles, R., Huddart, R., Dearnaley, D., Watson, M. (2003). Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic. *Psycho-oncology*, 12(8), 769-783.

- Lipman, R., Covi, L. (1976). Outpatient treatment of neurotic depression : medication and group psychotherapy. In Spitzer, R.L., Klein, D.L. (Eds) Evaluation of the psychological therapies. John Hopkins University Press. Baltimore.
- Litwin, M.S., Hays, R.D., Fink, A., Ganz, P.A., Leake, B., Leach, G.E., Brook, R.H. (1995). Quality of life outcomes in men treated for localized prostate cancer. *Journal of the American Medical Association*, 273(2), 129-135.
- Litwin, M.S., Lubeck, D.P., Henning, J.M., Carroll, P.R. (1998). Differences in urologist and patient assessments of health related quality of life in men with prostate cancer: Result of the CaPSURE database. *Journal of Urology*, 159(6), 1988-1992.
- Litwin, M.S., McGuigan, K.A., Shpall, A.I., Dhanani, N. (1999). Recovery of health related quality of life in the year after radical prostatectomy: Early experience. *Journal of Urology*, 161, 515-519.
- Llorente, M.D., Burke, M., Gregory, G.R., Bosworth, H.B., Grambow, S.C., Horner, R.D., Golden, A., Olsen, E.J. (2005). Prostate cancer: A significant risk factor for late-life suicide. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(3), 195-201.
- Loge, J.H., Abrahamsen, A.F., Ekeberg, O., Hannisdal, E., Kaasa, S. (1997). Psychological distress after cancer cure: a survey of 459 Hodgkin's disease survivors. . *British Journal of Cancer*, 76, 791-796.
- Lubeck, D.P., Litwin, M.S., Henning, J.M., Stoddard, M.L., Flanders, S.C., Carroll, P.R. (1999). Changes in health-related quality of life in the first year after treatment for prostate cancer: Results from CaPSURE. *Urology*, 53, 180-186.
- Lyons, A.R. (1983). The effects of cancer on the primary caretaker spouse. *Dissertation Abstract International*, 44(611B (University microfilms international)).
- Malcarne, V.L., Banthia, R., Varni, J.W., Sadler, G.R., Greenbergs, H.L., Ko, C.M. (2002). Problems associated with prostate cancer: Differences in opinion among health care providers, patients and spouses. *Journal of Cancer Education*, 17, 148-152.
- Maliski, S L., Heilemann, M.V., McCorkle, R. (2002). From "death sentence" to "good cancer": Couples' transformation of a prostate cancer diagnosis. *Nursing research*, 51, 391-397.
- Manfredi, C., Czaja, R., Price, J., Buis, M., Janiszewski, R. (1993). Cancer patients search for information. *Journal of the National Cancer Institute*, 14, 93-104.
- Manne, S., Zautra, A. (1989). Spouse criticism and support, their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *Journal of personality and Social Psychology*, 56, 608-617.
- Manne, S.L., Alfieri, T., Taylor, K.L., Dougherty, J. (1999). Spousal negative responses to cancer patients: the role of social restriction, spouse mood and relationship satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 352-361.
- Manne, S.L., Glassman, M. (2000). Perceived control, coping efficacy and avoidance coping as mediator between spouses' unsupportive behaviors and cancer patients' psychological distress. *Health psychology*, 19, 155-164.
- Manzanera, C., Lafay, N., Papet, N., Senon, J.L. (2003). Cancer, dépression et anxiété. *Annales medico psychologiques*, 161, 140-147.
- Massie, M. J., Popkin, M. K. (1998). Depressive disorders. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 518-540). New York: Oxford University press.
- Mathers, C.D., Loncar, D. (2007). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PloS Medicine*, 3(11), 442.

- McCorkle, R., Benoliel, J.Q., Donaldson, G., Georgiadou, F., Moinpour, C., Goodell, B. (1989). Randomized clinical trial of home nursing care for lung cancer patient. *Cancer*, 64, 199-206.
- McCrae, R.R. (1984). Situational determinants of coping responses. Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919-928.
- Monga, U., Jaweed, M., Kerrigan, A.J., Lawhon, L., Johnson, J., Vallbona, C., Monga T. N. (1997). Neuromuscular fatigue in prostate cancer patients undergoing radiation therapy. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 78(9), 961-966.
- Montie, J.E. (1994). Counseling the patient with localized prostate cancer. . *Urology*, 43 (suppl 2), 36-40.
- Myers, J.K., Weissman, M.M., Tischler G.L., Holzer, C.E. III., Leaf, P.J., Orvaschel. H., Anthony, J.C., Boyd, J.H., Burke, J.D.Jr., Kramer, M., Stoltzman, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorder in three communities: 1980 to 1982. *Archives of General Psychiatry*, 41(10), 959-967.
- Nakano, Y., Sugiura, M., Aoki, K., Hori, S., Oshima, M., Kitamura, T., Furukawa, T.A. (2002). Japanese version of the quality of relationship inventory : its reliability and validity among women with recurrent spontaneous abortion. . *Psychiatry and clinical neurosciences*, 56, 527-532.
- Nelson, R., Norton, N., Cautlery, E., Furner, S. (1995). Community-based prevalence of anal incontinence. *Journal of the American Medical Association*, 274, 559-561.
- Nicholls, A., Polman, R., Levy, A., Taylor, J., Cobley, S. (2007). Stressors, coping, and coping effectiveness: gender, type of sport, and skill differences. *Journal of sports sciences*, 25(13), 1521-1530.
- Nijboer, C., Triemstar, M., Tempelaar, R., Sanderman, R., Van den bos, G A.M. (1999). Determinants of caregiving experiences and mental health of partners of cancer patients. *Cancer*, 86, 577-588.
- Nordin, K., Glimelius, B. (1999). Predicting delayed anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer. *British Journal of Cancer*, 79, 525-529.
- Northouse, L.L. (1988). Social support in patients' and husbands' adjustment to breast cancer. *Nursing research*, 37, 91-95.
- Northouse, L.L. (1989). The impact of breast cancer on patients and husbands. *Cancer nursing*, 12, 276-284.
- Northouse, L.L. (1989). The impact of breast cancer on patients and husbands. *Cancer nursing*, 12, 276-284.
- Northouse, L.L., Cracchiolo-Caraway, A., Pappas Appel, C. (1991). Psychologic consequences of breast cancer on partner and family. *Sem oncology nursing*, 7, 216-223.
- Northouse, L.L., Peters-Golden, H. (1993). Cancer and the family: strategies to assist spouses. *Sem oncology nursing*, 9, 74-82.
- 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.
- O.M.S. (1978). Primary Health Care. Report of International Conference of Primary Health Care. Alma-Ata. U.S.S.R. . *World Health Organization - Geneva*.
- O.M.S. (1992). *CIM-10/ICD-10 : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* Masson
- O.M.S. (1994). World health organization. - Working group.
- Oberst, M.T., James, R.H. (1985). Going home/ patient and spouse adjustment following cancer surgery *Journal of clinical nursing*, 46-57.

- Oberst, M.T., Thomas, S.E., Gass, K.A., Ward, S.E. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer nursing*, 12, 209-215.
- Ofman, U.S. (1995). Sexual quality of life in men with prostate cancer. *Cancer*, 75(7 supplement), 1949-1953.
- O'Keefe, E.A., Talley, N.J., Tangalos, E.G., Zinsmeister A.R. (1992). A bowel symptom questionnaire for the elderly *Journal of gerontology*, 47, 116-121.
- Parker, J.D.A., Endler, N.S. (1992). Coping with coping assessment : a critical review. *European journal of Personality*, 4, 321-344.
- Parmenter, T.R. (1994). Quality of Life as a Concept & Measurable Entity. *Social Indicators Research*, 33(1), 9-46.
- Paulhan, I., Bourgeois, M. (1995). *Stress et Coping, Les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris: Presse Universitaire de France, PUF.
- Perczek, R.E. (1999). The role of optimism, coping and distress: a prospective study of men facing a prostate cancer diagnosis. *Unpublished doctoral dissertation*.
- Perczek, R.E., Burke, M.A., carver, C.S., Krongrad, A., Terris, M.K. (2002). Facing a prostate cancer diagnosis: Who is at risk for increased distress? *Cancer*, 94, 2923-2929.
- Perez, M. A., Meyerowitz, B. E., Lieskovsky G., Skinner, D. G., Reynolds, B., Skinner, E.C. (1997). Quality of life and sexuality following radical prostatectomy in patients with prostate cancer who use or do not use erectile aids. *Urology*, 50, 740-746.
- Perez, M.A. (2002). Sexuality and intimacy following radical prostatectomy: Patient and partner perspectives. *Health psychology*, 21, 288-293.
- Peters-Golden, H. (1982). Breast cancer: varied perceptions of social support in the illness experience. *Social Science and Medicine*, 16, 483-491.
- Pierce, G., Sarason, I., Sarason, B. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: Are two constructs better than one. *Journal of personality and Social Psychology*, 61, 1028-1039.
- Pierce, G.R., Sarason, I.G., Sarason, B.R., Solky-Butzel, J.A. , Nagle, L.C. (1997). Assessing the quality of relationships. *Journal of social and personal relationships*, 14(3), 339-356.
- Pirl, W.F., Siegel, G.I., Goode, M.J., Smith, M.R. (2002). Depression in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer: a pilot study. . *Psycho-Oncology* 11(518-523).
- Pison, G. (2005). France, 2004: l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans *Population et société*, 410.
- Plaskon, L.A., Penson, D.F., Vaughan, T.L., Stanford, J.L. (2003). Cigarette smoking and risk of prostate cancer in middle-aged men. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 12, 604-609.
- Potosky, A., Legler, J., Albertsen, P., Stanford, J.L., Gilliland, F.D., Hamilton, A.S., Eley, J.W., Stephenson, R.A., Harlan, L.C. (2000). Health outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: results from the Prostate Cancer Outcomes Study. *Journal of the National Cancer Institute* 2000, 92(19), 1582-1592.
- Potts, M.K., Burman, M.A., Wells, K.B. (1991). Gender differences in depression detection: a comparison of clinical diagnosis and standardized assessment. . *Psychological assessment* 3, 609-615.
- Procidano, M E., Heller, K. (1983). Measures of Perceived Social Support from Friends and from Family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24.

- Ptacek, J.T., Ptacek, J.J., Dodge, K.L. (1994). Coping with cancer from the perspectives of husbands and wives. *Journal of psychosocial Oncology*, 12(3), 47-71.
- Ptacek, J.T., Pierce, G.R., Dodge, K.L., Ptacek, J.J. (1997). Social support in spouses of cancer patients: What do they get and to what end? *Personal Relationships*, 4, 431-449.
- Ptacek, J.T., Fries, E.A., Eberhardt, T.L., Ptacek, J.J. (1999). Stress and coping processes in men with prostate cancer: The divergent views of husband and wives. . *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 299-324.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rang, M. (1972). The Ulysses syndrome. *Canadian Medical Association* 106(2), 122-123.
- Real, T. (1997). *I don't want to talk about it*. New York: Fireside Books.
- Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. . *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Reis, H.T., Collins, W., Berscheid, E. (2000). The relationship context of human behavior and development. . *Psychological Bulletin*, 126, 844-872.
- Rejeski, W.J., Mihalko, S. (2001). Physical Activity and Quality of Life in Older Adults. *Journal of Gerontology*, 56(A), 23-35.
- Réseau Francim. (2008). *Epidémiologie des cancers: 1980-2005*.
- Reynaert, C. (1994). Météo couple. *Louvain médical*, 45, 15-19.
- Reynaert, C., Libert, Y., Jacques, D., Godenir, F., Zdanowicz, N. (2006). Cancer et dynamique de couple. *Louvain médical*, 125(10), 467-480.
- Rieker, P.P., Edbril, S.D., Garnick, M.B. (1985). Curative testis cancer therapy: psychosocial sequelae. *Journal of clinical Oncology*, 3, 1117-1126.
- Roberts, K.J., Lepore, S.T., Helgeson, V. (2005). Social-cognitive correlates of adjustment to prostate cancer. *Psycho-oncology*, 15(3), 183-192.
- Rodrigue, J.R., Behen, J.M., Tumlin, T. (1994). Multidimensional determinants of psychological adjustment to cancer. *Psycho-oncology*, 3, 205-215.
- Roesch, S.C., Adams, L., Hines, A., Palmores, A., Vyas, P., Tran, C., Pekin, S., Vaughn, A.A. (2005). Coping with prostate cancer: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(3), 281-293.
- Rosen, S., Tesser, A. (1970). On reluctance to communicate undesirable information: The MUM effect. *Sociometry*, 33, 253-263.
- Roth, A.J., Scher, H.I. (1998a). Genitourinary malignancies. In Holland, J.C. (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 135-146). New York Oxford University press.
- Roth, A.J., Kornblith, A.B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H.I., Holland, J.C. (1998b). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. . *Cancer*, 82(1904-1908).
- Roth, A.J., Rosenfeld, B., Kornblith, A.B., Gibson, C., Scher, H.I., Curley-Smart, T., Holland, J.C., Breitbart, W. (2003). The memorial anxiety scale for prostate cancer: Validation of a new scale to measure anxiety in men with prostate cancer, *Cancer*, 97(11), 2910-2918.
- Rouillon, F. (1989). Aspects épidémiologiques de la dépression *Confrontations psychiatriques n°spécial* 15-45.
- Sabo, D. (1990). Men, death and anxiety: critical feminist interpretations of adjustment to mastectomy. . In Clark, C., Fritz, J., Rieder, P., (Ed.), *Clinical sociological perspectives on illness and loss*. Philadelphia: Charles press.
- Sachs, L. (1997). Risk as diagnosis: implication for the quality of life. . In J. A. Levy, Jasmin, C., Bez, G. (Ed.), *Cancer, AIDS, and quality of life*. (pp. 107-113). New York: Plenum Press.

- Sales, E. (1991). Psychosocial impact of the phase of cancer on a family: an update review. *Journal of psychosocial Oncology*, 9, 1-9.
- Sales, E., Schultz, R., Biegel, D. (1992). Predictors of strain in families of cancer patients: a review of the literature. *Journal of psychosocial Oncology*, 10(1-26).
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., Pierce, G.R. (1994). Social support : global and relationship-based levels of analysis. . *Journal of personality and social psychology*, 11(2), 295-312.
- Schain, W. (1980). Sexual Functioning, self-esteem and cancer care. *Frontiers of Radiation Therapy and Oncology*, 14, 12-19.
- Schapira, M.M., Meade, C.D., McAuliffe, T.L., Lawrence, W., Nattinger, A.B. (1999). Information sources and professional consultations used by men newly diagnosed with prostate cancer. *Journal of Cancer Education*, 4, 243-247.
- Schipper, H., Clinch, J., Powell, V. (1990). Definitions and Conceptual Issues. *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. New-York USA: Raven Press.
- 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>e</sup> Congrès de psychologie de la santé de langue française. Toulouse.*
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. . San Francisco Freeman.
- Sestini, A.J., Pakenham, K.I. (2000). Cancer of the prostate: A biopsychosocial review. *Journal of psychosocial Oncology*, 18, 17-38.
- Sharpley, C.F., Christie, D.R.H. (2007 a). An analysis of the psychometric profile and frequency of anxiety and depression in Australian men with prostate cancer. . *Psycho-oncology*, 16, 660-667.
- Sharpley C.F., Christie, D.R.H. (2007 b). Actual changes in anxiety and depression among australian men with prostate cancer. *Journal of men's health and gender* 4(1), 32-38.
- Shrader-Bogen, C.L., Kjellberg, J.L., McPherson, C.P., Murray, C.L. (1997). Quality of life and treatment outcomes: Prostate carcinoma patients' perspectives after prostatectomy or radiation therapy. *Cancer*, 79, 1977-1986.
- Simonton, S.M. (1984). *The healing family*. . New-York: Bantam.
- Slevin, M.L., Terry, Y., Hallet, N., Jefferies, S., Launder, S., Plant, R., Wax, H., McElwain, T. (1988). BACUP—the first two years: Evaluation of a national cancer information service. *British Medical Journal*, 297, 669-672.
- Snyder, C.R., Dinoff, B.L. (1999). Coping: Where have you been? In Snyder, C.R., (Ed.), *Coping: The psychology of what works*. New York: Oxford.
- Soloway, C.T., Soloway, M.S., Kim, S.S., Kava, B.R. (2005). Sexual, psychological and dyadic qualities of the prostate cancer couple. *British Journal of Urology international*, 95(6), 780-785.
- Spanier, G.B. (1972). Romanticism and marital adjustment. *Journal of Marriage and Family*, 34, 481-487.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38, 15-28.
- Spanier, G.B., Lewis, R.A. (1980). Marital quality: A review of the seventies. *Journal of Marriage and Family*, 825-839.
- Spiegel, D. (1996). Cancer and depression. *British journal of psychiatry*, 168, 109-116.
- Spielberger, C.D. (1983). Manual for the State-Trait anxiety inventory (STAI). *Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press*.

- Srirangam, S.J., Pearson, E. Grose, C. Brown, S.C. W. Collins, G.N., O'Reilly, P.H. (2003). Partner's influence on patient preference for treatment in early prostate cancer. *British Journal of Urology international*, 170(5), 1881-1183.
- Stanford, J.L., Feng, Z., Hamilton, A.S., Gilliland, F.D., Stephenson, R.A., Eley, J.W., Albertsen, P.C., Harlan, L.C., Potosky, A.L. (2000). Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 283(22), 354-360.
- Stark, D.P.H., House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British journal of cancer* 83(10), 1261-1267.
- Steginga, S.K., Occhipinti, J.D., Dunn, J., Gardiner, R.A., Heathcote, P., Yaxley, J. (2001). The supportive care needs of men with prostate cancer. . *Psycho-Oncology*, 10, 66-75.
- Steiger, A., Von Bardeleben, U., Wiedemann, K., Holsboer, F. (1991). Sleep EEG and nocturnal secretion of testosterone and cortisol in patient with major endogenous depression during acute phase after remission. *Journal of psychiatric research*, 25, 169-177.
- Stiegelis, H.E., Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bennenbroek, F.T.C., Buunk, B.P., Van Den Bergh, A.C.M., Botke, G., Ranchor, A.V. (2004). The impact of an informational self-management intervention on the association between control and illness uncertainty before and psychological distress after radiotherapy. *Psycho-Oncology*, 13, 248-259.
- Streeter, 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 nonavoidant coping strategies. *Health Psychology* 4(249-288).
- Symon, Z., Daignault, S., Symon, R., Dunn, R.L., Sanda, M.G., Sandler, H.M. (2006). Measuring patients' expectations regarding health-related quality of life outcomes associated with prostate cancer surgery or radiotherapy. *Urology*, 68(6), 1224-1229.
- Tardy, C.H. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13(2), 187-203.
- Tefilli, M.V., Gheiler, E.L., Tiguert, R., Barroso, U., Barton, C.D., Wood, D.P., Pontes, J.E. (1998). Quality of life in patients undergoing salvage procedures for locally recurrent prostate cancer. *Journal of surgical oncology*, 69(3), 156-161.
- Toseland, R.W., Blanchard, C.G., McCallion, P. (1995). A problem solving intervention for caregivers of cancer patients. *Social Science and Medicine*, 40, 517-528.
- Toussignant, T.M. (1988). Soutien social et santé mentale: une revue de la littérature. *Sciences sociales et santé*, 6(1), 77-106.
- Van't Spijker, A., Trijsberg, R.W., Duivenvoorden, H.J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 59 studies after 1980. *Psychosomatic medicine*, 59, 280-293.
- Vaux, A. (1988). *Social Support. Theory, Research, and Intervention*. New York Praeger.
- Vaux, A. (1992). Assessment of Social Support In Veiel, H.O.F., Baumann, U. (Ed.), *The Meaning and Measurement of Social Support* (pp. 193-216). New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Verhofstadt, L.L., Buysse, A., De Clercq, A., Goodwin, R. (2005a). Emotional arousal and negative affect in marital conflict: the influence of gender, conflict structure, and demand-withdrawal. *European journal of Social Psychology*, 35(4), 449-467.
- Verhofstadt, L.L., Buysse, A., Ickes, W., De Clercq, A., Peene, O.J. (2005b). Conflict and support interactions in marriage: An analysis of couples' interactive behavior and on-line cognition. . *Pain Medicine*, 12(1), 23-42.

- Verhofstadt, L.L., Buysse, A., Rosseel, Y., Peene, O.J. (2006). Confirming the three factor structure of the quality of relationships inventory within couples. . *Psychological assessment*, 18(1), 15-21.
- Vitaliano, P., Russo, J., Maiuro, R.D., Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 30, 3-26.
- Voerman, B., Fischer, M.M.A., Visser, A, Garssen, B., George Van Andel, G., Bensing, J. (2006). Health-Related Quality of Life in Dutch Men with Prostate Cancer *Journal of Psychosocial Oncology*, 24(2).
- 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.
- Weiss, R.L., Hops, H., Patterson, G.R. (1973). A framework for conceptualizing marital conflict, a technology for altering it, some data for evaluating it. In Hamerlynck, L. A., Handy, L.C., Mash, E.J. (Eds.), *Behavior Change: Methodology, Concepts and Practice*. Champaign, Illinois: Research Press.
- Weiss, R.L., Heyman, R.E. (1990). Observation of marital interaction. In Fincham, R.D., Bradbury, T.N. (Eds.), *The Psychology of Marriage: Basic Issues and Applications*. New York: Guilford Press.
- Weissman M.M., Prusoff. B.A., Newberry P. (1975). Comparison of the CES-D with standardized depression rating scales at three points in time Technical Report. In *Technical Report* (pp. 74-166). Yale University: National Institute of Mental Health.
- Weitzner, M.A., Jacobsen, H., Wagner, Friedland, Jr.J., Cox, C. (1999). The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Quality of Life Research*, 8, 55-63.
- Wellisch, D.K., Jamison, K.R., Pasnau, R.O. (1978). Psychosocial aspects of mastectomy. II: The man's perspective. *American journal of psychiatry*, 135(5), 543-546.
- Wells, K.B., Golding, J.M., Burman, M.A. (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. . *American journal of psychiatry*, 145, 976-981.
- Willener, R., Hantikainen, V. (2005). Individual quality of life following radical prostatectomy in men with prostate cancer. *Urologic nursing: official journal of the American Urological Association allied*, 25(2), 88-90.
- Williams, E.R.L., Ramirez, A.J., Richards, M.A., Young, T., Maher, E.J., Boudioni, M., Maguire, P. (1999). Are men missing from cancer information and support services? *Abstract of poster presentation; 16th Annual Conference of the British Psychosocial Oncology Society, London*.
- Winnubts, J.A.M., Buunk, B.P., Marcelissen, F.H.G. (1988). Social support and stress: Perspectives and process. In Fisher, S., Reason, J. (Ed.), *Handbook of life stress, Cognition and health* (pp. 511-528). New York: Wiley.
- Winslow, B.W. (1997). Effects of formal supports on stress outcomes in family caregivers of Alzheimer's patients. *Research in Nursing and Health*, 20, 27-37.
- Wirshing, M. (1985). A family system's approach in consultation liaison services. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 319, 165-170.
- Woloski-Wruble, A., Kadmon, I. (2002). Breast cancer: reactions of Israeli men to their wives' diagnosis. . *European journal of oncology nursing*, 6, 93-99.

Wong, F., Stewart, D.E., Dancy, J., Meana, M., McAndrews, M.P., Bunston, T., Cheung, A.M. (2000). Men with prostate cancer: influence of psychological factors on informational needs and decision making. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 13-19.

Wortman, C.B., Dunkel-Schetter, C. (1978). Conceptual and methodological issues in the study of social support. In Baum, A., Singer, J.E. (Ed.), *Handbook of psychology and health* (pp. 63-108). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Wortman, C.B., Dunkel-Schetter, C. (1979). Interpersonal relationships and cancer. A theoretical analysis. *Journal of Social Issues*, 35, 120-155.

Yarbro, C.H., Ferrans, C.E. (1998). Quality of life of patients with prostate cancer treated with surgery or radiation therapy. *Oncology nursing forum*, 25, 685-693.

Young, M.A., Fogg, L.F., Scheftner, W.A., Fawcett, J.A. (1990). Concordance of symptoms in recurrent depressive episodes *Journal of affective disorders* 20, 79-85.

Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C., Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology*, 10, 19-28.

Zarit, S.H., Todd, P.A., Zarit, J.M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *Gerontologist*, 26, 260-266

Zemore, R., Shepel, L.F. (1989). Effects of breast cancer and mastectomy on emotional support and adjustment. *Social Science and Medicine*, 28, 19-27.

## Sommaire des tableaux

Tableau 1 : Incidence et mortalité par cancer en France (situation en 2005 et tendances évolutives).....	20
Tableau 2 : Altération de la fonction érectile chez les hommes (N = 137) atteints d'un cancer de la prostate en fonction de leur âge, selon Kirschner et al. (2002) .....	34
Tableau 3 : Altération de la qualité de vie des conjointes (N = 83) selon Kornblith et al. (1994) .....	37
Tableau 4 : Lien entre anxiété et dépression selon Ferreri et al. (2001) .....	45
Tableau 5 : Pourcentages de troubles anxieux présents chez les patients atteints de cancer, selon Van't Spijker et al. (1997).....	47
Tableau 6 : Pourcentages de troubles dépressifs présents chez les patients atteints de cancer, selon Van't Spijker et al. (1997) .....	50
Tableau 7 : Données socio-démographiques des patients et conjointes de notre étude. ....	81
Tableau 8 : Données médicales des patients de notre étude.....	82
Tableau 9 : Validités convergentes et divergentes de la version américaine du Memorial Anxiety Scale de Roth et al. (2003) .....	86
Tableau 10 : Caractéristiques socio-démographiques de la population de validation de la version française du Memorial Anxiety Scale. ....	87
Tableau 11 : Saturations des 18 items du MAS suite à l'analyse factorielle sans rotation varimax .....	88
Tableau 12 : Saturations des 18 items du MAS suite à l'analyse factorielle avec rotation varimax .....	89
Tableau 13 : Saturations des 15 items du MAS suite à l'analyse factorielle sans rotation varimax .....	90
Tableau 14 : Saturations des 15 items du MAS suite à l'analyse factorielle avec rotation varimax .....	91
Tableau 15 : Moyennes, écarts-types et alpha de Cronbach de la validation française du Memorial Anxiety Scale de Roth et al. (2003).....	92
Tableau 16 : Moyennes et écarts-types de la composante physique et de la composante mentale du SF-12 en fonction de l'âge. ....	94
Tableau 17 : Alpha de Cronbach de la population d'étude au FACT-P de Cella (1993, 1997). .....	95
Tableau 18 : Validités convergentes et divergentes du CQOLC d'après Weitzner et al. (1999) .....	96
Tableau 19 : Caractéristiques des personnes ayant répondu au CQOLC.....	97

Tableau 20 : Saturations des 35 items du CQOLC suite à l'analyse factorielle sans rotation varimax .....	98
Tableau 21 : Saturations des 35 items du CQOLC suite à l'analyse factorielle avec rotation varimax. ....	99
Tableau 22 : Saturations des 34 items du CQOLC suite à l'analyse factorielle sans rotation varimax. ....	100
Tableau 23 : Saturations des 34 items du CQOLC suite à l'analyse factorielle avec rotation varimax. ....	101
Tableau 24 : Moyennes et écarts-types aux 3 facteurs du CQOLC .....	102
Tableau 25 : Pourcentage de variance expliquée et alpha de Cronbach pour chaque facteur du QSS .....	103
Tableau 26 : Alpha de Cronbach de la population d'étude au questionnaire de soutien social de Segrestan et al. (2007) .....	103
Tableau 27 : Présentation des différentes validations du QRI de Pierce et al. (1991).....	105
Tableau 28 : Validation du QRI de Pierce et al. (1991) par Castro (2007) .....	106
Tableau 29 : Alpha de Cronbach de la population d'étude au QRI de Pierce et al. (1991)..	106
Tableau 30 : Analyse factorielle à 16 et 15 items du questionnaire d'ajustement dyadique de Spanier (1976). ....	108
Tableau 31: Moyennes et écarts-types de la population d'étude au questionnaire de la validation à 15 items du questionnaire d'ajustement dyadique de Spanier (1976) .....	108
Tableau 32 : Moyennes et écarts-types aux trois facteurs de la WCC de Cousson-Gélie et al. (1996).....	109
Tableau 33 : Alpha de Cronbach de la population d'étude aux trois facteurs de la WCC de Cousson-Gélie et al. (1996).....	110
Tableau 34 : Comparaisons entre les patients traités par radiothérapie et les patients traités par chimiothérapie à au début du traitement.....	111
Tableau 35 : Comparaisons entre les patients traités par radiothérapie et les patients traités par chimiothérapie au milieu du traitement .....	112
Tableau 36 : Comparaisons entre les patients traités par radiothérapie et les patients traités par chimiothérapie à la fin du traitement.....	113
Tableau 37 : Comparaisons entre les patients traités par radiothérapie et les patients traités par chimiothérapie quatre mois après la fin du traitement.....	114
Tableau 38 : Comparaisons entre les conjointes de patients traités par radiothérapie et les conjointes de patients traités par chimiothérapie au début du traitement.....	116
Tableau 39 : Comparaisons entre les conjointes de patients traités par radiothérapie et les conjointes de patients traités par chimiothérapie au milieu du traitement .....	117

Tableau 40 : Comparaisons entre les conjointes de patients traités par radiothérapie et les conjointes de patients traités par chimiothérapie à la fin du traitement .....	118
Tableau 41 : Comparaisons entre les conjointes de patients traités par radiothérapie et les conjointes de patients traités par chimiothérapie quatre mois après la fin du traitement.....	119
Tableau 42 : Effectifs de la population à chaque temps d'évaluation. ....	120
Tableau 43 : Comparaisons entre les patients ayant participé aux 4 temps d'évaluation et les patients qui ont abandonné en cours d'étude .....	121
Tableau 44 : Comparaisons entre les patients ayant participé aux 4 temps d'évaluation et les patients qui ont abandonné en cours d'étude .....	122
Tableau 45 : Comparaisons des patients de l'étude à la population générale.....	125
Tableau 46 : Répartition des patients de l'étude en fonction de leurs scores.....	126
Tableau 47 : Moyennes et écarts-types des patients aux questionnaires spécifiques au cancer de la prostate. ....	127
Tableau 48 : Comparaisons des conjointes de l'étude à la population générale. ....	129
Tableau 49 : Répartition des conjointes de l'étude en fonction de leurs scores .....	130
Tableau 50 : Moyennes et écarts-types des conjointes aux questionnaires de qualité de vie spécifique aux conjoints de patients atteints d'un cancer.....	131
Tableau 51 : Evolution des différentes variables étudiées au cours du traitement et quatre mois après chez les patients .....	133
Tableau 52 : Evolution des différentes variables étudiées au cours du traitement et quatre mois après chez les conjointes.....	135
Tableau 53 : Comparaisons entre les patients et les conjointes de l'étude au début du traitement .....	137
Tableau 54 : Comparaisons entre les patients et les conjointes de l'étude au milieu du traitement .....	138
Tableau 55 : Comparaisons entre les patients et les conjointes de l'étude à la fin du traitement .....	139
Tableau 56 : Comparaisons entre les patients et les conjointes de l'étude quatre mois après la fin du traitement.....	140
Tableau 57 : Résultats significatifs à $p < 0,05$ des effets acteurs et des effets partenaires du soutien social émotionnel .....	144
Tableau 58 : Résultats significatifs à $p < 0,05$ des effets acteurs et des effets partenaires du soutien social matériel.....	145
Tableau 59 : Résultats significatifs à $p < 0,05$ des effets acteurs et des effets partenaires du soutien social informatif .....	146
Tableau 60 : Résultats significatifs à $p < 0,05$ des effets acteurs et des effets partenaires du soutien social négatif .....	147

Tableau 61 : Résultats significatifs à $p < 0,05$ des effets acteurs et des effets partenaires de la disponibilité du soutien .....	148
Tableau 62 : Résultats significatifs à $p < 0,05$ des effets acteurs et des effets partenaires de l'intensité du soutien .....	149
Tableau 63 : Résultats significatifs à $p < 0,05$ des effets acteurs et des effets partenaires des conflits conjugaux.....	150
Tableau 64 : Résultats significatifs à $p < 0,05$ des effets acteurs et des effets partenaires de l'ajustement dyadique.....	151
Tableau 65 : Résultats significatifs à $p < 0,05$ des effets acteurs et des effets partenaires des stratégies de coping centrées sur le problème. ....	153
Tableau 66 : Résultats significatifs à $p < 0,05$ des effets acteurs et des effets partenaires des stratégies de coping centrées sur l'émotion.....	154
Tableau 67 : Résultats significatifs à $p < 0,05$ des effets acteurs et des effets partenaires des stratégies de coping centrées sur la recherche de soutien social .....	155
Tableau 68 : Résultats significatifs à $p < 0,05$ des effets acteurs et des effets partenaires de l'anxiété état générale .....	156
Tableau 69 : Résultats significatifs à $p < 0,05$ des effets acteurs et des effets partenaires des symptômes dépressifs.....	157

## Sommaire des figures

Figure 1 : coupe médiane du bassin de l'homme .....	21
Figure 2 : modèle de la qualité de vie selon Corten (1998) .....	28
Figure 3 : Proportion des personnes ayant un score de qualité de vie inférieur à celui des trois quarts de la population générale de même âge et sexe selon la localisation du cancer d'après Le Corroller-Soriano et al., 2008 .....	30
Figure 4 : Modèle APIM d'après Kenny, Kashy & Cook (2006) où <i>a</i> est l'effet <i>acteur</i> et <i>p</i> l'effet <i>partenaire</i> (p.145) .....	142

## Sommaire des annexes

Annexe 1 : Classification TNM de l'American Joint Committee on cancer, 2002.....	207
Annexe 2 : Protocole patient .....	209
Annexe 3 : Protocole conjointe .....	223
Annexe 4 : Effets acteurs et effets partenaires du soutien social sur l'état émotionnel et la qualité de vie .....	236
Annexe 5 : Effets acteurs et effets partenaires de la relation conjugale sur l'état émotionnel et la qualité de vie .....	248
Annexe 6 : Effets acteurs et effets partenaires des stratégies des coping sur l'état émotionnel et la qualité de vie .....	260
Annexe 7 : Effets acteurs et effets partenaires de l'état émotionnel sur la qualité de vie.....	269

## Annexes

### Annexe 1 : Classification TNM de l'American Joint Committee on cancer, 2002

#### Classification clinique (cTNM)

T Tumeur primitive

TX : tumeur primitive non évaluée

T0 : tumeur primitive non retrouvée

T1 : tumeur ni palpable ni visible en imagerie

T1a : tumeur occupant moins de 5% du tissu réséqué

T1b : tumeur occupant plus de 5% du tissu réséqué

T1c : tumeur découverte sur une biopsie prostatique en raison d'une élévation du PSA.

N.B. : le grade de Gleason n'est pas pris en compte dans la classification de l'UICC. La classification de l'American Joint Committee intègre le score de Gleason pour différencier le T1a du T1b :

- T1a < 5% du tissu réséqué avec un score de Gleason < 7 ou absence de grade 4 ou 5

- T1b > 5% du tissu réséqué et/ou un score de Gleason > 7 ou présence de grade 4 ou 5

T2 : tumeur limitée à la prostate (apex et capsule compris)

T2a : tumeur concernant la moitié d'un lobe ou moins

T2b : tumeur concernant plus de la moitié d'un lobe mais sans atteindre les deux lobes

T2c : tumeur concernant les deux lobes

T3 : extension au-delà de la capsule

T3a : extension extra capsulaire uni- ou bilatérale

T3b : extension aux vésicules séminales

T4 : extension aux organes adjacents (col vésical, sphincter urétral, rectum) ou tumeur fixée à la paroi pelvienne

N Ganglions régionaux

NX : ganglions régionaux non évalués

N0 : absence de métastase ganglionnaire régionale

N1 : atteinte ganglionnaire régionale

Métastases à distance

MX : métastases à distance non évaluées

M0 : absence de métastase à distance

M1 : métastases à distance

M1b : os

M1a : ganglions non régionaux

M1c : autres sites avec ou sans atteinte osseuse

## II. Classification pathologique (pTNM)

pT Tumeur primitive

pT2 : tumeur limitée à la prostate

pT2a : tumeur limitée à un demi-lobe ou moins

pT2b : tumeur unilatérale avec atteinte de plus d'un demi-lobe mais pas des deux lobes

pT2c : tumeur bilatérale

pT3 : extension extra prostatique

pT3a : extension extraprostatique

pT3b : atteinte des vésicules séminales

pT4 : envahissement de la vessie ou du rectum

N.B. : le stade pT1 n'existe pas. Le stade pT0 n'est pas précisé dans la version 2002 (absence de tumeur identifiée sur le spécimen de prostatectomie totale), de même que le stade pTX (stade pathologique non évalué).

R Reliquat tumoral postopératoire

L'absence ou la présence d'un reliquat tumoral après prostatectomie totale (statut des marges chirurgicales) est décrite dans la classification UICC à l'aide du symbole R. Son emploi, facultatif, précise le statut tumoral après le traitement pour une meilleure prédiction du pronostic.

Les marges après prostatectomie totale sont identifiées comme suit :

Rx: présence de résidu tumoral non évaluée

R0 : absence de reliquat tumoral macroscopique ou microscopique

R1 : reliquat tumoral microscopique (préciser focal ou étendu)

R2 : reliquat tumoral macroscopique

## **Annexe 2 : Protocole patient**

### **IMPACT DU CANCER DE LA PROSTATE SUR LA VIE DE COUPLE ET LA VIE QUOTIDIENNE**

Monsieur,

Ce document décrit l'étude pour laquelle votre participation est sollicitée et précise vos droits et notre responsabilité à votre égard.

#### **Objectif de l'étude**

Vous allez être traité pour un cancer de la prostate. Nous vous proposons de participer à une recherche, qui a pour but d'évaluer l'impact de la maladie sur votre qualité de vie et sur votre relation de couple au cours de votre traitement.

#### **Déroulement de l'étude**

Si vous acceptez de participer à cette étude, une évaluation, lors d'un entretien, vous sera proposée au début, milieu et fin du traitement, au cours de laquelle vous aurez à remplir une série de questionnaires évaluant votre qualité de vie et votre santé émotionnelle. Vous recevrez par courrier ces mêmes questionnaires, quatre mois après la fin du traitement, pour lesquels nous vous demanderons de les remplir et de nous les retourner à l'aide d'une enveloppe pré-timbrée.

Si vous le souhaitez, nous vous proposons également de participer à un entretien semi-directif au cours duquel sera abordée la question de l'impact du traitement dans votre relation de couple. Cet entretien se déroulera à la fin de votre traitement à l'Institut Bergonié.

Vous pouvez décider de participer à cette étude sans accepter l'entretien prévu à la fin de votre traitement.

#### **Durée de l'étude et nombre de patients prévus**

La durée de l'étude, incluant le temps de recrutement et l'analyse des données, est d'environ trois ans. Cependant, la durée de votre participation à l'étude dans sa totalité varie entre 6 et 10 mois, selon votre traitement.

Cette étude s'adressera à 150 couples de l'Institut Bergonié à Bordeaux.

#### **Bénéfices attendus et contraintes liées à l'étude**

La participation à cette étude peut avoir un impact positif sur votre qualité de vie, en diminuant les niveaux d'anxiété et de stress.

Participer à cette étude nécessite que vous acceptiez le principe de remplissage régulier de questionnaires et éventuellement le fait de participer à un entretien.

#### **Participation à l'étude**

Rien ne vous oblige à entrer dans cette étude. Votre refus ne modifiera en rien les relations de confiance que vous entretenez avec votre équipe médicale. Si vous acceptez de participer à cette étude, il vous est possible d'en sortir à tout moment, sans justification, et sans que cela interrompe les relations normales que vous avez avec votre équipe soignante. De la même façon, le médecin investigateur peut décider de l'arrêt de

votre participation : si votre participation à l'étude ne vous satisfait pas ou si l'étude est interrompue.

À l'issue de la recherche, vous serez informé des résultats globaux de cette recherche, si vous le souhaitez, quand ils seront disponibles.

### **Confidentialité**

Si vous acceptez de participer à cette étude, toutes les données vous concernant resteront confidentielles et soumises aux règles strictes du secret professionnel. Seules les personnes responsables du projet seront autorisées à prendre connaissance des résultats des questionnaires. Les questionnaires sont dénominalisés (c'est-à-dire que les noms seront retirés) avant d'être saisis par un/e assistant/e de recherche. Conformément aux dispositions de loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données **à caractère personnel** et modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité. Cependant, si des informations vous concernant révèlent un danger grave et imminent pour vous ou pour autrui, l'équipe de recherche devra en informer qui de droit (obligation légale de divulgation).

### **Protection des personnes se prêtant à une étude de recherche biomédicale**

**Toutes les dispositions ont été prises pour respecter vos droits et votre protection conformément à la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (article 88). Les modalités de ce traitement ont été étudiées et approuvées le 31/01/2007 et le 31/03/2007 par le Comité de Protection des Personnes (CPP) de Bordeaux A, qui a pour mission de vérifier si les conditions requises pour votre protection et le respect de vos droits ont été respectées.**

Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, nous vous demandons de donner votre consentement écrit en datant et signant le formulaire joint. Cette signature ne dégage en rien les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités ; elle atteste simplement que vous avez été informé de cette étude et que vous y participez librement.

Lisez attentivement ce document et prenez le temps d'y réfléchir. Anaïs LAFAYE (Tél. 06.88.55.43.29) et Sylvie PETIT (Tél. 06 80 58 80 99) doctorantes se tiennent à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

Grille socio-démographique

Date de naissance :

Ville de résidence:

N° Téléphone :

Quel est votre statut marital ?

Marié(e)                      Pacsé(e)                      Concubinage

Avez-vous des enfants ?      Oui      Non                                      Combien ?

Quel métier exercez-vous ou avez-vous exercé ?

Quel est votre niveau d'étude :  cap/bep    bac    bac +2    bac +3    bac +5 et plus

Quel est votre revenu personnel ?

*<1200<sup>e</sup> /mois                      entre 1200<sup>e</sup> et 1300<sup>e</sup> /mois                      > 1300<sup>e</sup> /mois*  
*<8000francs                      entre 8000 francs et 9000francs                      > 9000 francs*

Quels sont les moments de la journée où nous pourrions vous contacter chez vous, sans vous déranger ?

Actuellement est ce que vous suivez un traitement ?      Oui      Non

Anxiolytique                      Antidépresseur                      Psychiatrique                      Psychothérapies.

Commentaires :

## Memorial Anxiety Scale

Nous voudrions mieux comprendre comment les personnes gèrent les différents aspects de leur traitement.

Ci-dessous se trouve une liste de commentaires établie par des hommes ayant un cancer de la prostate. Veuillez y indiquer la fréquence à laquelle ces commentaires sont vrais pour vous pour la semaine dernière: jamais, rarement, parfois, souvent

	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent
1/ Toute allusion au cancer me rappelle des émotions fortes				
2/ Même si c'est une très bonne idée, je pense avoir peur de faire le test PSA				
3/ Chaque fois que j'entends un ami ou une personne ayant un cancer de la prostate, cela me rend plus anxieux vis à vis de mon cancer				
4/ A l'idée de faire le test PSA, cela me rend plus anxieux vis-à-vis de mon cancer				
5/ Certaines choses me font systématiquement penser à mon cancer				
6/ Je me sens sonné/hébété quand je pense au cancer				
7/ Je pense au cancer même si je n'en ai pas l'intention				
8/ Je ressens beaucoup d'émotions au sujet de mon cancer, mais je ne veux pas m'en occuper				
9/ J'ai des difficultés à m'endormir parce que je n'arrive pas à penser à autre chose qu'à mon cancer				
10/ J'ai peur que des résultats de mon test PSA indique que ma maladie s'aggrave				
11/ Entendre les mots "cancer de la prostate" me fait peur				

Pour les 3 prochaines questions, veuillez y indiquer la fréquence à laquelle ces situations ont toujours été vraies pour vous

	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent
12/ Je suis si anxieux au sujet de mon test PSA que j'ai pensé le différer				
13/ Je suis si anxieux au sujet de mon test PSA que j'ai pensé demander à mon médecin de le refaire				
14/ Je suis si inquiet au sujet des résultats de mon test PSA que j'ai pensé le refaire dans un autre laboratoire pour vérifier l'exactitude des résultats				

Sont listées ci-dessous plusieurs affirmations concernant le comportement de personnes au sujet de leur santé. En pensant à la semaine qui vient de s'écouler, indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec chaque affirmation.

	Tout a fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
15/ Parce que le cancer est quelque chose d'imprévisible, j'ai le sentiment de ne pouvoir faire aucun projet d'avenir				
16/ La peur que j'ai vis-à-vis de l'aggravation de mon cancer m'empêche d'apprécier ma vie quotidienne				
17/ Je suis effrayé à l'idée que mon cancer ne s'aggrave				
18/ Je suis plus nerveux depuis que l'on a diagnostiqué mon cancer				

## Questionnaire d'auto-évaluation : STAI de C.D. Spielberger et al. (1983)

### Consigne :

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis cochez, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. Je me sens calme.				
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.				
3. Je suis tendu(e), crispé(e).				
4. Je me sens surmené(e).				
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau.				
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).				
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.				
8. Je me sens content(e).				
9. Je me sens effrayé(e).				
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien).				
11. Je sens que j'ai confiance en moi.				
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable.				
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).				
14. Je me sens indécis(e).				
15. Je suis décontracté(e), détendu(e).				
16. Je suis satisfait(e).				
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).				
18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e).				
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi (e).				
20. Je me sens de bonne humeur, aimable.				

## CES – D

■ **Explication des questions** : Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Pourriez-vous indiquer la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou les comportements présentés dans cette liste durant la semaine écoulée ? Pour répondre, cochez la case correspondant à la fréquence.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais ; très rarement ( <i>moins d'un jour</i> ) | <input type="checkbox"/> Assez souvent (3 à 4 jours)               |
| <input type="checkbox"/> Occasionnellement (1 à 2 jours)                   | <input type="checkbox"/> Fréquemment ; tout le temps (5 à 7 jours) |

Durant la semaine écoulée : (mettez une réponse pour chaque ligne)

<b>J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>Je me suis senti(e) déprimé(e)</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai eu l'impression que toute action demandait un effort</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai été confiant(e) en l'avenir</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai pensé que ma vie était un échec</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>Je me suis senti(e) craintif(ve)</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>Mon sommeil n'a pas été bon</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai été heureux(se)</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai parlé moins que d'habitude</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>Je me suis senti(e) seul(e)</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>Les autres ont été hostiles envers moi</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai profité de la vie</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai eu des crises de larmes</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>Je me suis senti(e) triste</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai manqué d'entrain</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps

### FACT-P

Vous trouverez ci-dessous une liste de commentaires que d'autres patients, atteints de la même maladie, ont jugés importants.

**Veillez indiquer, en entourant un chiffre sur chaque ligne, dans quelle mesure chacune de ces propositions était vraie en ce qui vous concerne durant ces 7 derniers jours.**

<b><u>BIEN-ÊTRE PHYSIQUE</u></b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Moyennement</b>	<b>Beaucoup</b>	<b>Énormément</b>
Je manque d'énergie	0	1	2	3	4
J'ai des nausées	0	1	2	3	4
À cause de mon état physique, j'ai du mal à répondre aux besoins de ma famille	0	1	2	3	4
J'ai des douleurs	0	1	2	3	4
Je suis dérangé par les effets secondaires du traitement	0	1	2	3	4
Je me sens malade	0	1	2	3	4
Je suis obligé de rester alité	0	1	2	3	4

<b><u>BIEN-ÊTRE FAMILIAL/SOCIAL</u></b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Moyennement</b>	<b>Beaucoup</b>	<b>Énormément</b>
Je me sens proche de mes amis	0	1	2	3	4
Ma famille me soutient moralement	0	1	2	3	4
Mes amis me soutiennent	0	1	2	3	4
Ma famille a accepté ma maladie	0	1	2	3	4
Je suis satisfait de la communication avec ma famille au sujet de ma maladie	0	1	2	3	4
Je me sens proche de ma partenaire (ou de la personne qui est mon principal soutien)	0	1	2	3	4

*Quel que soit votre niveau actuel d'activité sexuelle en ce moment, pouvez-vous répondre à la question suivante. Si vous préférez ne pas y répondre, cochez cette case et passez à la section suivante.*

Je suis satisfait de ma vie sexuelle	0	1	2	3	4
--------------------------------------	---	---	---	---	---

**Veillez indiquer, en entourant un chiffre sur chaque ligne, dans quelle mesure chacune de ces propositions était vraie en ce qui vous concerne durant ces 7 derniers jours.**

<b><u>BIEN-ÊTRE ÉMOTIONNEL</u></b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Moyennement</b>	<b>Beaucoup</b>	<b>Énormément</b>
Je me sens triste	0	1	2	3	4
Je suis satisfait de la façon dont je fais face à ma maladie	0	1	2	3	4
Je perds l'espoir dans le combat contre ma maladie	0	1	2	3	4
Je me sens nerveux	0	1	2	3	4
Je suis préoccupé par l'idée de mourir	0	1	2	3	4
J'ai peur que mon état s'aggrave	0	1	2	3	4

<b><u>BIEN-ÊTRE FONCTIONNEL</u></b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Moyennement</b>	<b>Beaucoup</b>	<b>Énormément</b>
Je me sens capable de travailler (y compris le travail à la maison)	0	1	2	3	4
Mon travail (y compris le travail à la maison) me donne de la satisfaction	0	1	2	3	4
Je suis capable de profiter de la vie	0	1	2	3	4
J'ai accepté ma maladie	0	1	2	3	4
Je dors bien	0	1	2	3	4
J'apprécie mes loisirs habituels	0	1	2	3	4
Je suis satisfait de ma qualité de vie actuelle	0	1	2	3	4

**Veillez indiquer, en entourant un chiffre sur chaque ligne, dans quelle mesure chacune de ces propositions était vraie en ce qui vous concerne durant ces 7 derniers jours.**

<b><u>AUTRES SUJETS D'INQUIÉTUDE</u></b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Moyennement</b>	<b>Beaucoup</b>	<b>Énormément</b>
Je perds du poids	0	1	2	3	4
J'ai bon appétit	0	1	2	3	4
Je souffre de maux et de douleurs	0	1	2	3	4
Certaines parties de mon corps sont particulièrement douloureuses	0	1	2	3	4
Mes douleurs m'empêchent de faire les choses que je veux	0	1	2	3	4
Je suis satisfait de mon bien-être physique	0	1	2	3	4
Je me sens homme à part entière	0	1	2	3	4
J'ai du mal à aller à la selle	0	1	2	3	4
J'ai du mal à uriner	0	1	2	3	4
J'urine plus souvent que d'habitude	0	1	2	3	4
Mes problèmes urinaires limitent mes activités	0	1	2	3	4
Je peux avoir et conserver une érection	0	1	2	3	4

## 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 souhaitées ?		
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 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 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)						

## QUESTIONNAIRE DE COPING

(W.C.C de Vitaliano et al., 1985 ; validation française de Cousson et al., 1996)

**L'annonce de votre diagnostic et de votre traitement a été un évènement :**

pas stressant     un peu stressant     stressant     très stressant

Mettre une croix dans l'une des 4 cases, celle qui correspond le mieux à vos réactions à l'évènement décrit ci-dessus.

	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 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'on m'a conseillé.				
7. J'ai changé positivement.				
8. Je me suis senti 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 produirait.				
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.				
13. Je me suis concentré sur un aspect positif qui pourrait apparaître après.				
14. Je me suis culpabilisé.				
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions.				
16. Je suis sorti plus fort 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 critiqué(e) ou sermonné(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.				

## QUESTIONNAIRE DE SOUTIEN SOCIAL

**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					
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...       Frère / Sœur.....      Ami(e).....   
 Personnel soignant.....      Parents / Beaux parents       Enfant.....   
 Connaissances.....      Collègues.....      Autres : .....

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 à les appeler en cas de besoin					
12. m'ont aidé 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.....      Parents / Beaux parents       Enfant.....   
 Connaissances.....      Collègues.....      Autres : .....

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..... Parents / Beaux parents  Enfant.....   
 Connaissances.....  Collègues..... Autres : .....

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..... Parents / Beaux parents  Enfant.....   
 Connaissances.....  Collègues..... Autres : .....

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 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..... Parents / Beaux parents  Enfant.....   
 Connaissances.....  Collègues..... Autres : .....

## Inventaire de la qualité des relations (Pierce et al. 1991)

Utilisez l'échelle suivante en 4 points pour répondre aux questions concernant votre relation avec la personne qui partage votre vie (relation pas nécessairement positive).

-1- Pas du tout	-2- Un peu	-3- Assez	-4- Beaucoup
--------------------	---------------	--------------	-----------------

1. Pourriez-vous vous adresser à cette personne pour recevoir des conseils si vous aviez des problèmes ?	1	2	3	4
2. Avez-vous souvent besoin de faire des efforts pour éviter d'être en conflit avec cette personne ?	1	2	3	4
3. Pourriez-vous compter sur cette personne pour vous aider si vous aviez un problème ?	1	2	3	4
4. Cette personne vous fait-elle vous sentir bouleversé(e) ?	1	2	3	4
5. Pourriez-vous compter sur cette personne pour vous parler franchement, même si vous ne vouliez pas l'entendre ?	1	2	3	4
6. Cette personne vous fait-elle vous sentir coupable ?	1	2	3	4
7. Dans quelle mesure devez-vous céder dans cette relation ?	1	2	3	4
8. Pourriez-vous compter sur cette personne pour vous aider si un membre proche de votre famille décédait ?	1	2	3	4
9. Dans quelle mesure cette personne veut-elle que vous changiez ?	1	2	3	4
10. Cette personne joue-t-elle un rôle positif dans votre vie ?	1	2	3	4
11. Cette personne est-elle importante dans votre vie ?	1	2	3	4
12. Selon vous, votre relation avec cette personne sera-t-elle proche dans quelques années (dans 10 ans) ?	1	2	3	4
13. Dans quelle mesure cette personne vous manquerait-elle si vous ne pouviez vous voir ni vous parler pendant un mois ?	1	2	3	4
14. Cette personne est-elle critique envers vous ?	1	2	3	4
15. Si vous vouliez sortir et faire quelque chose ce soir, êtes-vous sûr que cette personne serait prête à vous accompagner ?	1	2	3	4
16. Vous sentez-vous responsable du bien-être de cette personne ?	1	2	3	4
17. Dépendez-vous de cette personne ?	1	2	3	4
18. Pourriez-vous compter sur cette personne pour vous écouter quand vous êtes très en colère contre quelqu'un ?	1	2	3	4
19. Aimeriez-vous que cette personne change ?	1	2	3	4
20. Dans quelle mesure cette personne vous met-elle en colère ?	1	2	3	4
21. Vous disputez-vous avec cette personne ?	1	2	3	4
22. Pourriez-vous réellement compter sur cette personne pour vous changer les idées quand vous vous sentez stressé(e) ?	1	2	3	4
23. Vous arrive-t-il souvent de vous mettre en colère contre cette personne ?	1	2	3	4
24. Cette personne tente-t-elle souvent de contrôler ou influencer votre vie ?	1	2	3	4
25. Pensez-vous donner plus que vous ne recevez dans cette relation ?	1	2	3	4

## A PROPOS DE VOTRE RELATION DE COUPLE (EAD)

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, les beaux parents, les enfants.

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 3 : Protocole conjointe**

### **IMPACT DU CANCER DE LA PROSTATE SUR LA VIE DE COUPLE ET LA VIE QUOTIDIENNE**

Madame,

Ce document décrit l'étude pour laquelle votre participation est sollicitée et précise vos droits et notre responsabilité à votre égard.

#### **Objectif de l'étude**

Votre conjoint va être traité pour un cancer de la prostate. Nous vous proposons de participer à une recherche, qui a pour but d'évaluer l'impact de la maladie sur votre qualité de vie et sur votre relation de couple au cours de son traitement.

#### **Déroulement de l'étude**

Si vous acceptez de participer à cette étude, une évaluation, lors d'un entretien, vous sera proposée au début, milieu et fin du traitement, au cours de laquelle vous aurez à remplir une série de questionnaires évaluant votre qualité de vie et votre santé émotionnelle. Vous recevrez par courrier ces mêmes questionnaires, quatre mois après la fin du traitement, pour lesquels nous vous demanderons de les remplir et de nous les retourner à l'aide d'une enveloppe pré-timbrée.

Si vous le souhaitez, nous vous proposons également de participer à un entretien semi-directif au cours duquel sera abordée la question de l'impact du traitement dans votre relation de couple. Cet entretien se déroulera à la fin du traitement à l'Institut Bergonié.

Vous pouvez décider de participer à cette étude sans accepter l'entretien prévu à la fin de votre traitement.

#### **Durée de l'étude et nombre de patients prévus**

La durée de l'étude, incluant le temps de recrutement et l'analyse des données, est d'environ trois ans. Cependant, la durée de votre participation à l'étude dans sa totalité varie entre 6 et 10 mois, selon le traitement.

Cette étude s'adressera à 150 couples de l'Institut Bergonié à Bordeaux.

#### **Bénéfices attendus et contraintes liées à l'étude**

La participation à cette étude peut avoir un impact positif sur votre qualité de vie, en diminuant les niveaux d'anxiété et de stress.

Participer à cette étude nécessite que vous acceptiez le principe de remplissage régulier de questionnaires et éventuellement le fait de participer à un entretien.

#### **Participation à l'étude**

Rien ne vous oblige à entrer dans cette étude. Votre refus ne modifiera en rien les relations de confiance que vous entretenez avec votre équipe médicale. Si vous acceptez de participer à cette étude, il vous est possible d'en sortir à tout moment, sans justification, et sans que cela interrompe les relations normales que vous avez avec votre équipe soignante. De la même façon, le médecin investigateur peut décider de l'arrêt de

votre participation : si votre participation à l'étude ne vous satisfait pas ou si l'étude est interrompue.

À l'issue de la recherche, vous serez informée des résultats globaux de cette recherche, si vous le souhaitez, quand ils seront disponibles.

### **Confidentialité**

Si vous acceptez de participer à cette étude, toutes les données vous concernant resteront confidentielles et soumises aux règles strictes du secret professionnel. Seules les personnes responsables du projet seront autorisées à prendre connaissance des résultats des questionnaires. Les questionnaires sont dénominalisés (c'est-à-dire que les noms seront retirés) avant d'être saisis par un/e assistant/e de recherche. Conformément aux dispositions de loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données **à caractère personnel** et modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité. Cependant, si des informations vous concernant révèlent un danger grave et imminent pour vous ou pour autrui, l'équipe de recherche devra en informer qui de droit (obligation légale de divulgation).

### **Protection des personnes se prêtant à une étude de recherche biomédicale**

**Toutes les dispositions ont été prises pour respecter vos droits et votre protection conformément à la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (article 88). Les modalités de ce traitement ont été étudiées et approuvées le 31/01/2007 et le 31/03/2007 par le Comité de Protection des Personnes (CPP) de Bordeaux A, qui a pour mission de vérifier si les conditions requises pour votre protection et le respect de vos droits ont été respectées.**

Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, nous vous demandons de donner votre consentement écrit en datant et signant le formulaire joint. Cette signature ne dégage en rien les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités ; elle atteste simplement que vous avez été informée de cette étude et que vous y participez librement.

Lisez attentivement ce document et prenez le temps d'y réfléchir. Anaïs LAFAYE (Tél. 06.88.55.43.29) et Sylvie PETIT (Tél. 06 80 58 80 99), Doctorantes se tiennent à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

Grille socio-démographique

Date de naissance :

Ville de résidence:

N° Téléphone :

Quel est votre statut marital ?

Marié(e)                      Pacsé(e)                      Concubinage

Avez-vous des enfants ?      Oui      Non                                      Combien ?

Quel métier exercez-vous ou avez-vous exercé ?

Quel est votre niveau d'étude :  cap/bep    bac    bac +2    bac +3    bac +5 et plus

Quel est votre revenu personnel ?

<1200<sup>e</sup> /mois                      entre 1200<sup>e</sup> et 1300<sup>e</sup> /mois                      > 1300<sup>e</sup> /mois  
<8000francs                      entre 8000 francs et 9000francs                      > 9000 francs

Quels sont les moments de la journée où nous pourrions vous contacter chez vous, sans vous déranger ?

Actuellement est ce que vous suivez un traitement ?      Oui      Non

Anxiolytique                      Antidépresseur                      Psychiatrique                      Psychothérapies.

Commentaires :

## Questionnaire d'auto-évaluation : STAI de C.D. Spielberger et al. (1983)

### Consigne :

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis cochez, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. Je me sens calme.				
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.				
3. Je suis tendu(e), crispé(e).				
4. Je me sens surmené(e).				
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau.				
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).				
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.				
8. Je me sens content(e).				
9. Je me sens effrayé(e).				
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien).				
11. Je sens que j'ai confiance en moi.				
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable.				
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).				
14. Je me sens indécis(e).				
15. Je suis décontracté(e), détendu(e).				
16. Je suis satisfait(e).				
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).				
18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e).				
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi (e).				
20. Je me sens de bonne humeur, aimable.				

## CES – D

■ **Explication des questions** : Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Pourriez-vous indiquer la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou les comportements présentés dans cette liste durant la semaine écoulée ? Pour répondre, cochez la case correspondant à la fréquence.

Jamais ; très rarement (*moins d'un jour*)

Assez souvent (3 à 4 jours)

Occasionnellement (1 à 2 jours)

Fréquemment ; tout le temps (5 à 7 jours)

Durant la semaine écoulée : (mettez une réponse pour chaque ligne)

<b>J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>Je me suis senti(e) déprimé(e)</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai eu l'impression que toute action demandait un effort</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai été confiant(e) en l'avenir</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai pensé que ma vie était un échec</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>Je me suis senti(e) craintif(ve)</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>Mon sommeil n'a pas été bon</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai été heureux(se)</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai parlé moins que d'habitude</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>Je me suis senti(e) seul(e)</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>Les autres ont été hostiles envers moi</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai profité de la vie</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai eu des crises de larmes</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>Je me suis senti(e) triste</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps
<b>J'ai manqué d'entrain</b>	<input type="checkbox"/> jamais ; très rarement	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> fréquemment ; tout le temps

## CQOLC

Ci-dessous une liste d'affirmations que des personnes prenant soin de leur mari ayant un cancer, ont dit être importantes. Veuillez indiquer sur une échelle de 0 (pas du tout) à 4 (toujours), dans quelle mesure chaque affirmation est vraie pour vous et ce, durant la semaine qui vient de s'écouler.

0 : pas du tout  
1 : pas vraiment

2 : un peu  
3 : assez

4 : beaucoup

	0	1	2	3	4
1/ Ca me tracasse qu'il y ait des changements dans ma vie quotidienne	0	1	2	3	4
2/ Mon sommeil est moins reposant	0	1	2	3	4
3/ Ma vie quotidienne ne se fait qu'en fonction du cancer de mon partenaire	0	1	2	3	4
4/ Je suis satisfaite de ma vie sexuelle	0	1	2	3	4
5/ C'est un défi que de maintenir mes loisirs, activités extérieures	0	1	2	3	4
6/ J'ai des difficultés financières	0	1	2	3	4
7/ Je suis préoccupée par notre couverture sociale / notre assurance maladie	0	1	2	3	4
8/ Mon futur économique est incertain	0	1	2	3	4
9/ Je crains que mon partenaire ne meurt	0	1	2	3	4
10/ J'ai des perspectives plus positives sur la vie depuis la maladie de mon partenaire	0	1	2	3	4
11/ Mon niveau de stress et d'inquiétude a augmenté	0	1	2	3	4
12/ Mon sens de la spiritualité a augmenté	0	1	2	3	4
13/ Ca me tracasse de limiter mes centres d'intérêts au jour le jour	0	1	2	3	4
14/ Je me sens triste	0	1	2	3	4
15/ Je me sens surmenée	0	1	2	3	4
16/ J'obtiens le soutien de mes amis et voisins	0	1	2	3	4
17/ Je me sens coupable	0	1	2	3	4
18/ Je me sens frustrée	0	1	2	3	4
19/ Je me sens nerveuse	0	1	2	3	4
20/ Je suis inquiète de l'impact de la maladie de mon mari sur mes enfants et les autres membres de la famille	0	1	2	3	4
21/ J'ai des difficultés à gérer le changement des habitudes alimentaires de mon mari	0	1	2	3	4
22/ J'ai développé une relation plus intime avec mon mari	0	1	2	3	4
23/ Je me sens suffisamment informée à propos de la maladie de mon mari	0	1	2	3	4
24/ Ca me tracasse de devoir être le chauffeur de mon mari pour ses rendez-vous	0	1	2	3	4
25/ Je redoute les effets secondaires du traitement de mon partenaire	0	1	2	3	4
26/ La responsabilité que j'ai de mon mari à la maison m'accable	0	1	2	3	4
27/ Je suis contente que mon attention se centre sur mon mari	0	1	2	3	4
28/ La communication familiale a augmenté	0	1	2	3	4
29/ Ca me tracasse que mes priorités aient changé	0	1	2	3	4
30/ Le besoin de protéger mon mari me tracasse	0	1	2	3	4
31/ Ca me bouleverse de voir l'état de mon mari s'aggraver	0	1	2	3	4
32/ Le besoin de gérer la douleur de mon mari me bouleverse	0	1	2	3	4
33/ Je suis découragée au sujet du futur	0	1	2	3	4
34/ Je suis satisfaite du soutien que m'apporte ma famille	0	1	2	3	4
35/ Ca me tracasse que les autres membres de ma famille n'aient montré aucun intérêt à prendre soin de mon mari	0	1	2	3	4

## SF-12

**8. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :**

Excellente	Très bonne	Bonne	Médiocre	Mauvaise

**9. 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			

**10. 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 souhaitées ?		
Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?		

**11. 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 souhaitées ?		
Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?		

**12. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?**

Pas du tout	Un petit peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément

**13. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné 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

**14. 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)						

## QUESTIONNAIRE DE COPING

(W.C.C de Vitaliano et al., 1985 ; validation française de Cousson et al., 1996)

**L'annonce du diagnostic et du traitement de votre partenaire a été un évènement :**

pas stressant     un peu stressant     stressant     très stressant

Mettre une croix dans l'une des 4 cases, celle qui correspond le mieux à vos réactions à l'évènement décrit ci-dessus.

	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 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'on 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 produirait.				
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.				
13. Je me suis concentré 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 fort(e) 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 critiqué(e) ou sermonné(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.				

## QUESTIONNAIRE DE SOUTIEN SOCIAL

**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...     Frère / Sœur.....    Ami(e).....   
 Personnel soignant.....    Parents / Beaux parents     Enfant.....   
 Connaissances.....    Collègues.....    Autres : .....

Une ou des personnes	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
10. m'ont proposé(e) 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.....    Parents / Beaux parents     Enfant.....   
 Connaissances.....    Collègues.....    Autres : .....

Une ou des personnes	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
13. m'ont proposé(e) 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.....    Parents / Beaux parents     Enfant.....   
 Connaissances.....    Collègues.....    Autres : .....

Une ou des personnes	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
15. ont pris le temps de m'expliquer la maladie					
16. m'ont donné(e) 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.....    Parents / Beaux parents     Enfant.....   
 Connaissances.....    Collègues.....    Autres : .....

Une ou des personnes	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
17. ont pris de la distance avec moi					
18. m'ont donné(e) 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(e) 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.....    Parents / Beaux parents     Enfant.....   
 Connaissances.....    Collègues.....    Autres : .....

## Inventaire de la qualité des relations (Pierce et al. 1991)

Utilisez l'échelle suivante en 4 points pour répondre aux questions concernant votre relation avec la personne qui partage votre vie (relation pas nécessairement positive).

-1-                                      -2-                                      -3-                                      -4-  
 Pas du tout                              Un peu                                      Assez                                      Beaucoup

1. Pourriez-vous vous adresser à cette personne pour recevoir des conseils si vous aviez des problèmes ?	1	2	3	4
2. Avez-vous souvent besoin de faire des efforts pour éviter d'être en conflit avec cette personne ?	1	2	3	4
3. Pourriez-vous compter sur cette personne pour vous aider si vous aviez un problème ?	1	2	3	4
4. Cette personne vous fait-elle vous sentir bouleversé(e) ?	1	2	3	4
5. Pourriez-vous compter sur cette personne pour vous parler franchement, même si vous ne vouliez pas l'entendre ?	1	2	3	4
6. Cette personne vous fait-elle vous sentir coupable ?	1	2	3	4
7. Dans quelle mesure devez-vous céder dans cette relation ?	1	2	3	4
8. Pourriez-vous compter sur cette personne pour vous aider si un membre proche de votre famille décédait ?	1	2	3	4
9. Dans quelle mesure cette personne veut-elle que vous changiez ?	1	2	3	4
10. Cette personne joue-t-elle un rôle positif dans votre vie ?	1	2	3	4
11. Cette personne est-elle importante dans votre vie ?	1	2	3	4
12. Selon vous, votre relation avec cette personne sera-t-elle proche dans quelques années (dans 10 ans) ?	1	2	3	4
13. Dans quelle mesure cette personne vous manquerait-elle si vous ne pouviez vous voir ni vous parler pendant un mois ?	1	2	3	4
14. Cette personne est-elle critique envers vous ?	1	2	3	4
15. Si vous vouliez sortir et faire quelque chose ce soir, êtes-vous sûr que cette personne serait prête à vous accompagner ?	1	2	3	4
16. Vous sentez-vous responsable du bien-être de cette personne ?	1	2	3	4
17. Dépendez-vous de cette personne ?	1	2	3	4
18. Pourriez-vous compter sur cette personne pour vous écouter quand vous êtes très en colère contre quelqu'un ?	1	2	3	4
19. Aimerez-vous que cette personne change ?	1	2	3	4
20. Dans quelle mesure cette personne vous met-elle en colère ?	1	2	3	4
21. Vous disputez-vous avec cette personne ?	1	2	3	4
22. Pourriez-vous réellement compter sur cette personne pour vous changer les idées quand vous vous sentez stressé(e) ?	1	2	3	4
23. Vous arrive-t-il souvent de vous mettre en colère contre cette personne ?	1	2	3	4
24. Cette personne tente-t-elle souvent de contrôler ou influencer votre vie ?	1	2	3	4
25. Pensez-vous donner plus que vous ne recevez dans cette relation ?	1	2	3	4

## A PROPOS DE VOTRE RELATION DE COUPLE (EAD)

**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 décisions 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, les beaux parents, les enfants.

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

## Notation des différentes variables pour les annexes 4, 5, 6 et 7

L'échelle d'anxiété-état du State Trait Anxiety Inventory, STAI	stai
Le Memorial Anxiety Scale, MAS. Anxiété liée au cancer de la prostate Anxiété liée au test PSA Anxiété liée à la rechute	anxcan anxpsa anxrec
La Center Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D	cesd
Le Medical Outcome Study Short Form, MOS SF-12 Santé physique Santé mentale	sf12sp sf12sm
Le Functional Assessment of Cancer Therapy – Prostate, FACT-P. Bien-être physique Bien-être social Bien-être émotionnel Bien-être fonctionnel Inquiétudes et symptômes liés au cancer de la prostate	bephy besoc beemo befonc symp
Le Caregiver Quality of Life Index-Cancer, CQOLC Altération de la qualité de vie spécifique au rôle d'aidant Communication familiale et conjugale Insatisfaction du soutien social	altqol comm insatss
Le questionnaire de soutien social, QSS Soutien social émotionnel Soutien social matériel Soutien social informatif Soutien social négatif	ssemo ssmat ssinfo ssneg
Le Quality of Relationships Inventory, QRI. Disponibilité Intensité Conflit	dispo inten conf
L'échelle d'ajustement dyadique, EAD.	ead
La Way of Coping Checklist à 27 items, WCC. Coping centre sur le problème Coping centré sur l'émotion Recherche de soutien social	coppb copemo coprss

## Annexe 4 : Effets acteurs et effets partenaires du soutien social sur l'état émotionnel et la qualité de vie

- Effets acteurs et effets partenaires du soutien social émotionnel (\*p<0,05)

Ssemo T1	T1	E	t	T2	E	t	T3	E	t	T4	E	t
Variable dépendante	Stai			Stai			Stai			Stai		
Homme*Acteur		-0,16	-1,42		-0,20	<b>-1,70*</b>		-0,18	-1,55		-0,14	-1,03
Femme*Acteur		-0,13	-1,14		0,01	0,13		0,11	0,89		0,08	0,60
Homme*Partenaire		0,07	0,60		0,11	0,91		-0,01	-0,09		-0,09	-0,71
Femme*Partenaire		-0,18	-1,62		-0,12	-1,05		-0,18	-1,39		-0,23	<b>-1,80*</b>
Variable dépendante	Anxcan			Anxcan			Anxcan			Anxcan		
Homme*Acteur		-0,06	-0,62		-0,002	-0,02		0,09	0,79		0,17	1,31
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,08	0,78		0,01	0,09		-0,02	-0,20		0,01	0,08
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa		
Homme*Acteur		-0,27	<b>-2,41*</b>		-0,19	<b>-1,74*</b>		-0,04	-0,30		-0,005	-0,03
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,24	<b>2,11*</b>		0,10	0,91		0,06	0,48		0,11	0,71
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	anxrec			anxrec			anxrec			anxrec		
Homme*Acteur		-0,001	-0,01		-0,02	-0,20		-0,11	-0,92		0,002	0,03
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,10	-0,89		-0,05	-0,42		0,11	0,93		-0,005	-0,06
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Cesd			Cesd			Cesd			Cesd		
Homme*Acteur		-0,15	-1,47		-0,21	<b>-1,89*</b>		-0,18	<b>-1,69*</b>		-0,11	-0,87
Femme*Acteur		-0,07	-0,61		-0,07	-0,68		0,02	0,23		-0,08	-0,60
Homme*Partenaire		0,08	0,76		0,06	0,56		-0,02	-0,23		-0,03	-0,23
Femme*Partenaire		-0,26	<b>-2,35*</b>		-0,27	<b>-2,33*</b>		-0,32	<b>-2,61*</b>		-0,26	<b>-1,96*</b>
Variable dépendante	Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc		
Homme*Acteur		0,03	0,27		0,09	0,73		0,02	0,20		0,03	0,31
Femme*Acteur		-0,19	-1,55		0,13	1,13		0,06	0,51		0,11	0,81
Homme*Partenaire		0,23	<b>1,97*</b>		0,08	0,66		0,08	0,69		0,16	1,32
Femme*Partenaire		0,006	0,05		0,26	<b>2,10*</b>		0,23	<b>1,82*</b>		0,29	<b>2,12*</b>

Variable dépendante	Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc		
Homme*Acteur		0,08	0,74		0,04	0,36		0,24	<b>1,93*</b>		0,04	0,32
Femme*Acteur		-0,03	-0,24		-0,05	-0,43		-0,07	-0,61		-0,05	-0,39
Homme*Partenaire		-0,09	-0,82		-0,11	-0,96		0,06	0,54		0,05	0,42
Femme*Partenaire		-0,04	-0,39		0,15	1,23		-0,20	<b>1,67*</b>		0,32	<b>2,60*</b>
Variable dépendante	Bephy			Bephy			Bephy			Bephy		
Homme*Acteur		-0,06	-0,54		-0,08	-0,74		0,10	0,79		0,01	0,08
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,05	-0,44		0,01	0,10		0,05	0,40		0,19	1,57
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Besoc			Besoc			Besoc			Besoc		
Homme*Acteur		0,34	<b>3,92*</b>		0,44	<b>4,82*</b>		0,24	<b>2,25*</b>		0,35	<b>3,15*</b>
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,13	1,55		0,19	<b>2,06*</b>		0,22	<b>2,07*</b>		0,25	<b>2,21*</b>
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Beemo			Beemo			Beemo			Beemo		
Homme*Acteur		0,07	0,68		0,02	0,23		0,13	1,05		-0,07	-0,62
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,04	-0,42		-0,01	-0,16		0,008	0,06		0,13	1,02
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Befonc			Befonc			Befonc			Befonc		
Homme*Acteur		0,20	<b>1,86*</b>		0,35	<b>2,82*</b>		0,17	1,37		0,14	1,05
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,17	-1,53		-0,05	-0,39		-0,01	-0,12		0,03	0,26
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Symp			Symp			Symp			Symp		
Homme*Acteur		-0,02	-1,17		-0,05	-0,44		0,10	0,81		0,17	1,29
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,11	0,96		0,16	1,28		0,05	0,40		0,15	1,13
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Altqol			Altqol			Altqol			Altqol		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,23	<b>1,92*</b>		0,01	0,10		0,13	1,12		0,06	0,46
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,01	-0,13		-0,27	-2,27		-0,26	<b>-2,09*</b>		-0,41	<b>-3,36*</b>

Variable dépendante	Comm			Comm			Comm			Comm		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,26	<b>2,27*</b>		0,10	0,87		0,24	<b>1,92*</b>		0,0003	0,002
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,03	-0,31		-0,05	-0,44		0,10	0,77		0,09	0,52
Variable dépendante	Insatss			Insatss			Insatss			Insatss		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,008	0,07		0,20	<b>1,73*</b>		0,03	0,23		0,19	1,12
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,01	-0,15		-0,19	-1,61		-0,20	-1,63		-0,25	-1,64

- Effets acteurs et effets partenaires du soutien social matériel (\*p<0,05)

Ssmat T1	T1	E	t	T2	E	t	T3	E	t	T4	E	t
Variable dépendante	Stai			Stai			Stai			Stai		
Homme*Acteur		-0,11	-0,95		-0,14	-1,17		-0,13	-1,06		-0,04	-0,34
Femme*Acteur		-0,16	-1,45		0,007	0,06		0,03	0,28		0,05	0,40
Homme*Partenaire		0,05	0,42		0,18	1,55		0,007	0,05		-0,13	-0,93
Femme*Partenaire		-0,12	-0,07		-0,18	-1,45		-0,24	<b>-1,86*</b>		-0,12	-0,94
Variable dépendante	Anxcan			Anxcan			Anxcan			Anxcan		
Homme*Acteur		-0,006	-0,05		0,03	0,30		0,13	1,04		0,14	1,04
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,13	1,16		-0,01	-0,11		-0,05	-0,38		-0,04	-0,32
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa		
Homme*Acteur		-0,01	-0,09		-0,06	-0,53		0,05	0,38		0,13	0,87
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,07	0,62		0,06	0,57		0,05	0,38		0,02	0,17
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	anxrec			anxrec			anxrec			anxrec		
Homme*Acteur		-0,05	0,49		0,09	0,75		-0,05	-0,39		-0,01	-0,23
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,000	-0,007		0,008	0,07		0,07	0,60		0,02	0,30
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Cesd			Cesd			Cesd			Cesd		
Homme*Acteur		-0,11	-1,03		-0,06	-0,49		0,005	0,04		0,04	0,33
Femme*Acteur		-0,06	-0,53		-0,08	-0,71		-0,06	-0,47		-0,08	-0,58
Homme*Partenaire		0,16	1,47		0,06	0,54		-0,07	-0,61		-0,04	-0,34
Femme*Partenaire		-0,13	-0,16		-0,24	<b>-1,96*</b>		-0,21	<b>-1,67*</b>		-0,19	-1,42
Variable dépendante	Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc		
Homme*Acteur		0,01	0,09		0,08	0,66		0,006	0,04		-0,06	-0,48
Femme*Acteur		-0,01	-0,13		0,07	0,54		0,02	0,16		0,006	0,04
Homme*Partenaire		0,0006	0,005		-0,01	-0,13		0,006	0,05		0,02	0,15
Femme*Partenaire		-0,18	-1,41		0,18	1,31		0,14	1,00		0,24	<b>1,77*</b>
Variable dépendante	Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc		
Homme*Acteur		-0,10	-0,90		-0,07	-0,60		0,13	0,95		-0,08	-0,62

Femme*Acteur		-0,08	-0,67		-0,08	-0,69		-0,004	-0,03		-0,06	-0,44
Homme*Partenaire		0,08	0,70		-0,10	-0,86		0,13	1,00		0,08	0,60
Femme*Partenaire		-0,02	-0,18		0,16	1,20		0,15	1,21		0,16	1,24
Variable dépendante	Bephy			Bephy			Bephy			Bephy		
Homme*Acteur		-0,13	-1,14		-0,02	-0,18		0,12	0,90		-0,09	-0,73
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,06	-0,60		-0,07	-0,63		0,08	0,66		0,21	<b>1,67*</b>
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Besoc			Besoc			Besoc			Besoc		
Homme*Acteur		0,33	<b>3,51*</b>		0,35	<b>3,42*</b>		0,37	<b>3,41*</b>		0,47	<b>4,47*</b>
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,13	1,46		0,09	0,97		0,14	1,30		0,24	<b>2,24*</b>
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Beemo			Beemo			Beemo			Beemo		
Homme*Acteur		0,08	0,67		0,02	0,24		0,006	0,04		-0,08	-0,64
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,11	-0,95		-0,03	-0,33		0,08	0,66		0,13	0,31
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Befonc			Befonc			Befonc			Befonc		
Homme*Acteur		0,18	1,53		0,18	1,30		0,12	0,92		0,003	0,02
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,16	-1,42		-0,11	-0,86		-0,09	-0,71		0,000	0,000
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Symp			Symp			Symp			Symp		
Homme*Acteur		-0,05	-0,42		-0,05	-0,44		0,02	0,19		0,03	0,26
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,01	0,13		0,003	0,02		0,08	0,58		0,14	1,02
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Altqol			Altqol			Altqol			Altqol		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,08	0,66		0,01	0,08		-0,005	-0,03		-0,005	-0,03
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		0,09	0,74		-0,16	-1,26		-0,16	-1,28		-0,20	-1,56
Variable dépendante	Comm			Comm			Comm			Comm		
Homme*Acteur												

Femme*Acteur		0,21	<b>1,83*</b>		-0,02	-0,21		0,14	1,01		-0,006	-0,04
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		0,04	0,37		0,02	0,15		-0,12	-0,90		0,08	0,59
Variable dépendante	Insatss			Insatss			Insatss			Insatss		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,01	0,08		0,19	1,47		-0,07	-0,52		0,11	0,61
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,16	-1,34		-0,21	-1,63		-0,08	-0,56		-0,01	-0,06

- Effets acteurs et effets partenaires du soutien social informatif (\*p<0,05)

Ssinfo T1	T1	E	t	T2	E	t	T3	E	t	T4	E	t
Variable dépendante	Stai			Stai			Stai			Stai		
Homme*Acteur		-0,15	-1,45		-0,11	-0,90		-0,23	<b>-2,02*</b>		-0,04	-0,31
Femme*Acteur		0,03	0,31		0,03	0,28		0,02	0,19		-0,003	-0,02
Homme*Partenaire		-0,04	-0,38		0,07	0,63		0,01	0,15		0,05	0,41
Femme*Partenaire		-0,16	-0,50		-0,14	-1,26		-0,18	-1,58		-0,17	-1,26
Variable dépendante	Anxcan			Anxcan			Anxcan			Anxcan		
Homme*Acteur		-0,20	<b>-2,01*</b>		-0,04	-0,36		-0,05	-0,48		-0,10	-0,75
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,02	-0,23		-0,03	-0,29		-0,09	-0,86		0,06	0,52
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa		
Homme*Acteur		-0,08	-0,74		0,03	0,32		0,12	0,92		0,02	0,15
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,02	-0,20		-0,02	-0,21		-0,20	<b>-1,68*</b>		0,12	0,80
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	anxrec			anxrec			anxrec			anxrec		
Homme*Acteur		-0,12	-1,10		-0,24	<b>-2,16*</b>		-0,31	<b>-2,87*</b>		0,03	0,65
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,05	-0,47		-0,009	-0,09		0,01	0,15		-0,06	0,38
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Cesd			Cesd			Cesd			Cesd		
Homme*Acteur		-0,10	-1,00		-0,20	<b>-1,72*</b>		-0,19	<b>-1,81*</b>		-0,07	-0,54
Femme*Acteur		0,02	0,20		0,01	0,14		-0,06	-0,50		0,10	0,76
Homme*Partenaire		-0,001	-0,01		0,09	0,89		0,10	1,08		0,22	<b>1,70*</b>
Femme*Partenaire		-0,14	-1,31		-0,16	-1,37		-0,13	-1,03		-0,23	-1,62
Variable dépendante	Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc		
Homme*Acteur		0,10	0,93		0,03	0,30		0,07	0,58		0,06	0,49
Femme*Acteur		-0,03	-0,36		-0,02	-0,18		-0,02	-0,21		-0,02	-0,14
Homme*Partenaire		-0,12	-1,10		-0,14	-1,24		-0,24	<b>-2,14*</b>		-0,37	<b>-3,20*</b>
Femme*Partenaire		0,01	0,10		0,01	0,08		-0,04	-0,32		0,14	1,01
Variable dépendante	Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc		
Homme*Acteur		0,03	0,31		0,10	0,83		0,16	1,27		0,03	0,25

Femme*Acteur		-0,19	<b>-1,80*</b>		0,07	0,66		0,21	<b>1,87*</b>		-0,07	-0,59
Homme*Partenaire		-0,08	-0,73		-0,05	-0,50		0,01	0,12		-0,06	-0,49
Femme*Partenaire		0,14	1,36		-0,05	-0,41		0,01	0,15		0,16	1,26
Variable dépendante	Bephy			Bephy				Bephy			Bephy	
Homme*Acteur		0,12	1,18		0,07	0,74		0,17	1,41		0,02	0,20
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,07	-0,66		-0,14	-1,48		-0,14	-1,24		-0,10	-0,85
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Besoc			Besoc				Besoc			Besoc	
Homme*Acteur		0,17	<b>1,82*</b>		0,19	<b>1,72*</b>		0,18	<b>1,69*</b>		0,09	0,72
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,10	1,14		0,13	1,26		0,06	0,65		0,07	0,56
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Beemo			Beemo				Beemo			Beemo	
Homme*Acteur		0,07	0,76		0,14	1,41		0,25	<b>2,31*</b>		0,02	0,15
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,03	-0,33		-0,02	-0,26		0,04	0,42		-0,04	-0,34
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Befonc			Befonc				Befonc			Befonc	
Homme*Acteur		0,18	<b>1,67*</b>		0,36	<b>2,88*</b>		0,23	<b>1,91*</b>		0,21	1,55
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,003	-0,03		-0,09	-0,81		-0,09	-0,85		-0,17	-1,38
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Symp			Symp				Symp			Symp	
Homme*Acteur		0,14	1,35		0,14	1,13		0,03	0,26		0,03	0,24
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,001	0,01		-0,09	-0,75		-0,10	-0,86		-0,15	-1,17
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Altqol			Altqol				Altqol			Altqol	
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,31	<b>2,88*</b>		0,01	0,13		0,01	0,12		0,06	0,48
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,13	-1,17		-0,19	-1,56		-0,20	-1,55		-0,26	<b>-1,85*</b>
Variable dépendante	Comm			Comm				Comm			Comm	
Homme*Acteur												

Femme*Acteur		0,12	1,10		-0,12	-0,98		-0,04	-0,36		0,04	0,76
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		0,13	1,18		0,13	1,05		-0,12	-0,93		-0,06	0,67
Variable dépendante	Insatss			Insatss			Insatss			Insatss		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		-0,10	-0,92		-0,06	-0,58		-0,15	-1,30		0,02	0,14
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,08	-0,77		-0,14	-1,19		0,03	0,28		-0,03	-0,22

• Effets acteurs et effets partenaires du soutien social négatif (\*p<0,05)

Ssneg T1	T1	E	t	T2	E	t	T3	E	t	T4	E	t
Variable dépendante	Stai			Stai			Stai			Stai		
Homme*Acteur		0,23	<b>1,83*</b>		0,05	0,41		0,28	<b>1,96*</b>		0,13	0,82
Femme*Acteur		0,17	1,59		0,23	<b>2,25*</b>		0,33	<b>3,04*</b>		0,29	<b>2,56*</b>
Homme*Partenaire		-0,04	-0,44		-0,07	-0,69		-0,08	-0,75		-0,08	-0,63
Femme*Partenaire		-0,07	-0,61		-0,007	-0,05		0,06	0,44		0,04	0,29
Variable dépendante	Anxcan			Anxcan			Anxcan			Anxcan		
Homme*Acteur		0,04	0,37		-0,10	-0,74		0,13	0,91		0,23	1,43
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,08	-0,84		0,03	0,34		-0,06	-0,57		-0,15	-1,19
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa		
Homme*Acteur		-0,14	-1,22		0,11	1,11		0,0008	0,006		0,25	1,42
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,24	<b>2,52*</b>		0,09	1,10		0,20	<b>1,67*</b>		0,07	0,53
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	anxrec			anxrec			anxrec			anxrec		
Homme*Acteur		0,08	0,69		0,06	0,62		-0,03	-0,22		0,06	0,45
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,13	1,26		-0,01	-0,13		0,07	0,70		0,01	0,85
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Cesd			Cesd			Cesd			Cesd		
Homme*Acteur		0,21	<b>1,78*</b>		0,26	<b>1,98*</b>		0,28	<b>2,16*</b>		0,38	<b>2,50*</b>
Femme*Acteur		0,26	<b>2,55*</b>		0,30	<b>2,87*</b>		0,22	<b>2,02*</b>		0,24	<b>2,05*</b>
Homme*Partenaire		-0,002	-0,03		-0,13	-1,23		-0,13	-0,35		-0,15	-1,26
Femme*Partenaire		0,06	0,55		-0,08	-0,64		0,11	0,77		0,05	0,33
Variable dépendante	Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc		
Homme*Acteur		-0,19	-1,49		-0,20	-1,54		-0,27	<b>-1,92*</b>		-0,28	<b>-1,98*</b>
Femme*Acteur		-0,07	-0,70		-0,04	-0,37		0,02	0,21		0,03	0,30
Homme*Partenaire		0,15	1,45		0,20	<b>1,92*</b>		0,24	<b>2,19*</b>		0,17	1,52
Femme*Partenaire		-0,15	-1,19		0,11	0,75		0,12	0,77		-0,04	-0,25
Variable dépendante	Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc		
Homme*Acteur		-0,34	<b>-2,79*</b>		-0,34	<b>-2,64*</b>		-0,22	-1,45		-0,32	<b>-2,20*</b>

Femme*Acteur		-0,13	-1,26		-0,29	<b>-2,78*</b>		-0,13	-1,18		-0,33	<b>-3,03*</b>
Homme*Partenaire		0,01	0,18		0,01	0,10		0,10	0,85		0,17	1,47
Femme*Partenaire		-0,17	-1,38		-0,14	-1,11		-0,06	-0,44		0,05	0,39
Variable dépendante	Bephy			Bephy			Bephy			Bephy		
Homme*Acteur		-0,33	<b>-2,80*</b>		-0,31	<b>-2,53*</b>		-0,25	<b>-1,74*</b>		-0,31	<b>-2,18*</b>
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,02	-0,30		0,17	<b>1,69*</b>		0,23	<b>2,05*</b>		0,20	<b>1,84*</b>
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Besoc			Besoc			Besoc			Besoc		
Homme*Acteur		0,03	0,29		0,01	0,13		-0,08	-0,58		0,21	1,44
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,02	0,25		0,06	0,65		0,12	1,21		-0,02	-0,20
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Beemo			Beemo			Beemo			Beemo		
Homme*Acteur		-0,17	-1,39		-0,28	<b>-2,31*</b>		-0,30	<b>-2,15*</b>		-0,26	<b>-1,75*</b>
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,01	0,11		0,19	<b>1,67*</b>		0,21	<b>1,98*</b>		0,23	<b>2,05*</b>
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Befonc			Befonc			Befonc			Befonc		
Homme*Acteur		-0,10	-0,83		-0,04	-0,31		-0,24	-1,62		-0,15	-0,97
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,06	-0,59		0,008	0,07		0,10	0,91		-0,008	-0,07
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Symp			Symp			Symp			Symp		
Homme*Acteur		-0,09	-0,70		-0,26	<b>-1,80*</b>		-0,26	<b>-1,73*</b>		-0,23	-1,47
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,005	-0,04		0,13	1,14		0,19	<b>1,67*</b>		0,19	1,55
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Altqol			Altqol			Altqol			Altqol		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,27	<b>2,55*</b>		0,28	<b>2,63*</b>		0,19	<b>1,69*</b>		0,15	1,29
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		0,11	0,86		-0,05	-0,41		0,03	0,22		0,01	0,10
Variable dépendante	Comm			Comm			Comm			Comm		
Homme*Acteur												

Femme*Acteur		0,07	0,67		0,03	0,29		0,13	1,12		-0,12	-0,97
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,14	-1,13		-0,12	-0,84		-0,11	-0,73		0,11	0,64
Variable dépendante	Insatss			Insatss				Insatss			Insatss	
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		-0,06	-0,60		0,02	0,22		0,17	1,56		0,26	<b>1,79*</b>
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		0,07	0,54		-0,04	-0,28		-0,07	-0,50		-0,11	-0,66

## Annexe 5 : Effets acteurs et effets partenaires de la relation conjugale sur l'état émotionnel et la qualité de vie

- Effets acteurs et effets partenaires de la disponibilité du soutien (\* p<0,05)

Dispo T1	T1	E	t	T2	E	t	T3	E	t	T4	E	t
Variable dépendante	Stai			Stai			Stai			Stai		
Homme*Acteur		-0,07	-0,50		0,02	0,18		-0,000	-0,002		0,11	0,69
Femme*Acteur		-0,40	<b>-3,39*</b>		-0,49	<b>-4,23*</b>		-0,50	<b>-4,11*</b>		-0,38	<b>-2,70*</b>
Homme*Partenaire		-0,18	-1,47		-0,21	-1,65		-0,25	<b>-2,06*</b>		-0,21	-1,41
Femme*Partenaire		0,03	0,27		0,15	1,13		0,19	1,32		0,17	1,09
Variable dépendante	Anxcan			Anxcan			Anxcan			Anxcan		
Homme*Acteur		-0,08	-0,54		0,03	0,21		-0,16	-1,09		-0,03	-0,19
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,05	0,44		-0,04	-0,32		0,09	0,74		0,04	0,28
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa		
Homme*Acteur		0,05	0,35		0,13	0,96		0,12	0,76		-0,08	-0,43
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,28	<b>-2,29*</b>		-0,34	<b>-2,88*</b>		-0,34	<b>-2,51*</b>		-0,19	-1,13
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	anxrec			anxrec			anxrec			anxrec		
Homme*Acteur		0,21	1,41		0,12	0,80		0,10	0,64		0,006	0,06
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,23	<b>-1,88*</b>		-0,31	<b>-2,50*</b>		-0,10	-0,77		-0,07	-0,82
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Cesd			Cesd			Cesd			Cesd		
Homme*Acteur		-0,05	-0,42		-0,03	-0,25		-0,01	-0,12		0,04	0,24
Femme*Acteur		-0,50	<b>-4,57*</b>		-0,60	<b>-5,27*</b>		-0,52	<b>-4,30*</b>		-0,39	<b>-2,80*</b>
Homme*Partenaire		-0,27	<b>-2,40*</b>		-0,24	<b>-1,97*</b>		-0,26	<b>-2,36*</b>		-0,23	<b>-1,67*</b>
Femme*Partenaire		0,10	0,79		0,28	<b>2,15*</b>		0,15	1,08		0,08	0,50
Variable dépendante	Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc		
Homme*Acteur		0,08	0,57		-0,01	-0,11		0,02	0,16		0,10	0,66
Femme*Acteur		0,09	0,71		0,32	<b>2,36*</b>		0,22	1,57		0,28	<b>1,84*</b>
Homme*Partenaire		0,23	<b>1,95*</b>		0,12	0,93		0,14	1,14		-0,08	-0,56

Femme*Partenaire		0,11	0,71		-0,08	-0,55		-0,07	-0,46		-0,15	-0,88
Variable dépendante	Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc		
Homme*Acteur		-0,06	-0,40		-0,06	-0,43		-0,13	-0,90		-0,06	-0,42
Femme*Acteur		0,18	1,41		0,56	<b>4,77*</b>		0,50	<b>4,33*</b>		0,30	<b>2,23*</b>
Homme*Partenaire		0,18	1,52		0,28	<b>2,22*</b>		0,25	<b>1,98*</b>		0,13	0,92
Femme*Partenaire		-0,003	-0,02		-0,14	-1,03		-0,26	<b>-1,97*</b>		-0,19	-1,22
Variable dépendante	Bephy			Bephy			Bephy			Bephy		
Homme*Acteur		0,15	1,01		0,14	1,01		0,05	0,38		0,006	0,04
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,12	1,02		0,12	1,08		0,25	<b>1,93*</b>		0,18	1,40
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Besoc			Besoc			Besoc			Besoc		
Homme*Acteur		0,30	<b>2,36*</b>		0,26	<b>2,03*</b>		0,17	1,25		0,15	1,05
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,008	-0,08		0,21	<b>2,05*</b>		0,10	0,84		0,30	<b>2,32*</b>
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Beemo			Beemo			Beemo			Beemo		
Homme*Acteur		-0,002	-0,01		-0,01	-0,09		0,22	1,46		-0,01	-0,06
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,16	1,30		0,09	0,80		0,11	0,85		0,07	0,52
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Befonc			Befonc			Befonc			Befonc		
Homme*Acteur		0,01	0,13		-0,05	-0,34		-0,04	-0,29		-0,02	-0,16
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,28	<b>2,37*</b>		0,40	<b>3,02*</b>		0,25	<b>1,91*</b>		0,21	1,45
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Symp			Symp			Symp			Symp		
Homme*Acteur		-0,02	-0,17		0,07	0,46		0,02	0,17		-0,10	-0,62
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,21	<b>1,66*</b>		0,16	1,26		0,17	1,36		0,21	1,42
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Altqol			Altqol			Altqol			Altqol		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		-0,28	<b>-2,24*</b>		-0,46	<b>-3,75*</b>		-0,44	<b>-3,61*</b>		-0,39	<b>-2,88*</b>
Homme*Partenaire												

Femme*Partenaire		0,14	0,89		0,09	0,68		0,15	1,04		0,08	0,53
Variable dépendante	Comm			Comm			Comm			Comm		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		-0,20	-1,62		-0,10	-0,78		0,07	0,50		0,07	0,45
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		0,03	0,22		0,22	1,45		0,11	0,68		0,04	0,25
Variable dépendante	Insatss			Insatss			Insatss			Insatss		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		-0,008	-0,06		-0,18	-1,44		-0,15	-1,15		-0,30	<b>-1,77*</b>
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,08	-0,51		-0,001	-0,01		-0,03	-0,23		0,24	1,17

- Effets acteurs et effets partenaires de l'intensité du soutien (\* p<0,05)

Inten T1	T1	E	t	T2	E	t	T3	E	t	T4	E	t
Variable dépendante	Stai			Stai			Stai			Stai		
Homme*Acteur		-0,19	-1,38		-0,03	-0,25		-0,12	-0,78		0,13	0,75
Femme*Acteur		-0,05	-0,45		-0,07	-0,63		0,05	0,39		-0,07	-0,47
Homme*Partenaire		0,14	1,16		-0,20	-1,62		-0,06	-0,48		-0,22	-1,45
Femme*Partenaire		-0,002	-0,01		-0,10	-0,67		-0,13	-0,79		0,009	0,05
Variable dépendante	Anxcan			Anxcan			Anxcan			Anxcan		
Homme*Acteur		-0,01	-0,12		0,06	0,47		-0,05	-0,32		-0,11	-0,67
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,01	0,15		-0,05	-0,49		-0,08	-0,61		0,10	0,66
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa		
Homme*Acteur		-0,21	-1,47		-0,11	-0,82		-0,10	-0,58		-0,05	-0,26
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,06	-0,56		-0,16	-1,42		-0,04	-0,30		-0,28	-1,58
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	anxrec			anxrec			anxrec			anxrec		
Homme*Acteur		0,09	0,64		-0,10	-0,73		0,07	0,44		0,007	0,07
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,05	0,43		-0,06	-0,50		-0,06	-0,46		-0,03	-0,37
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Cesd			Cesd			Cesd			Cesd		
Homme*Acteur		-0,11	-0,08		-0,12	-0,82		-0,05	-0,36		0,02	0,14
Femme*Acteur		-0,12	-1,04		-0,16	-1,35		-0,04	-0,28		-0,18	-1,16
Homme*Partenaire		-0,05	-0,50		-0,04	-0,38		-0,16	-1,40		-0,18	-1,20
Femme*Partenaire		-0,01	-0,77		0,02	0,18		-0,04	-0,28		0,07	0,43
Variable dépendante	Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc		
Homme*Acteur		-0,06	-0,44		-0,04	-0,31		0,05	0,5		-0,17	-1,10
Femme*Acteur		0,07	0,53		0,11	0,87		0,009	0,06		0,24	1,47
Homme*Partenaire		0,29	<b>2,54*</b>		0,14	1,20		0,38	<b>2,94*</b>		0,26	<b>1,86*</b>
Femme*Partenaire		-0,03	-0,20		-0,08	-0,53		0,07	0,42		-0,11	-0,65
Variable dépendante	Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc		
Homme*Acteur		0,03	0,25		-0,12	-0,87		0,009	0,05		0,06	0,35

Femme*Acteur		0,36	<b>2,86*</b>		0,10	0,79		-0,19	-1,46		0,02	0,18
Homme*Partenaire		0,05	0,49		0,22	<b>1,83*</b>		0,06	0,49		0,06	0,42
Femme*Partenaire		-0,15	-1,06		0,19	1,25		0,19	1,25		-0,05	-0,34
Variable dépendante	Bephy			Bephy			Bephy			Bephy		
Homme*Acteur		0,03	0,22		0,16	1,24		0,12	0,80		-0,04	-0,33
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,02	0,16		0,08	0,73		0,25	<b>1,93*</b>		0,36	<b>2,92*</b>
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Besoc			Besoc			Besoc			Besoc		
Homme*Acteur		-0,05	-0,47		0,20	1,60		0,13	0,86		0,10	0,63
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,21	<b>2,03*</b>		0,17	1,61		-0,03	-0,25		0,13	0,92
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Beemo			Beemo			Beemo			Beemo		
Homme*Acteur		-0,02	-0,16		0,05	0,43		0,06	0,43		0,04	0,28
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,03	0,25		-0,06	-0,55		0,20	1,54		0,05	0,38
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Befonc			Befonc			Befonc			Befonc		
Homme*Acteur		-0,03	-0,26		-0,008	-0,05		-0,05	-0,32		-0,18	-1,14
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,10	0,82		0,30	<b>2,33*</b>		0,25	<b>1,91*</b>		0,45	<b>3,20*</b>
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Symp			Symp			Symp			Symp		
Homme*Acteur		0,08	0,56		0,27	<b>1,88*</b>		0,16	1,04		-0,13	-0,84
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,01	0,09		0,04	0,39		0,13	1,03		0,37	<b>2,55*</b>
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Altqol			Altqol			Altqol			Altqol		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		-0,39	<b>-3,31*</b>		-0,16	-1,29		-0,06	-0,50		-0,31	-2,09*
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		0,15	1,06		-0,05	-0,38		-0,10	-0,61		0,13	0,80
Variable dépendante	Comm			Comm			Comm			Comm		
Homme*Acteur												

Femme*Acteur		-0,04	-0,38		-0,04	-0,35		0,20	1,445		0,01	0,11
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,13	-0,93		0,07	0,48		0,04	0,25		0,08	0,44
Variable dépendante	Insatss			Insatss			Insatss			Insatss		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		-0,08	-0,65		-0,13	-1,10		-0,02	-0,20		-0,56	-3,59*
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		0,12	0,85		0,16	1,11		-0,02	-0,16		0,51	2,80*

- Effets acteurs et effets partenaires des conflits conjugaux (\* p<0,05)

Conf T1	T1	E	t	T2	E	t	T3	E	t	T4	E	t
Variable dépendante	Stai			Stai			Stai			Stai		
Homme*Acteur		0,09	0,62		0,19	1,28		0,16	0,99		0,03	0,19
Femme*Acteur		0,23	<b>1,96*</b>		0,37	<b>3,35*</b>		0,18	1,41		0,21	<b>1,67*</b>
Homme*Partenaire		0,12	1,03		-0,07	-0,54		0,10	0,86		0,04	0,34
Femme*Partenaire		0,20	1,42		0,10	0,73		0,19	1,11		0,21	1,16
Variable dépendante	Anxcan			Anxcan			Anxcan			Anxcan		
Homme*Acteur		-0,01	-0,09		-0,001	-0,01		-0,05	-0,34		-0,19	-1,04
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,15	-1,27		-0,08	-0,69		-0,17	-1,39		-0,15	-1,19
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa		
Homme*Acteur		0,06	0,43		0,09	0,71		-0,05	-0,30		-0,11	-0,49
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,08	0,61		0,24	<b>2,07*</b>		0,22	1,58		0,06	0,40
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	anxrec			anxrec			anxrec			anxrec		
Homme*Acteur		0,24	<b>1,66*</b>		0,02	0,18		0,20	1,13		0,03	0,27
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,18	1,45		0,03	0,24		-0,04	-0,30		0,007	0,09
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Cesd			Cesd			Cesd			Cesd		
Homme*Acteur		0,25	<b>1,87*</b>		0,19	1,29		0,36	<b>2,39*</b>		0,20	1,08
Femme*Acteur		0,25	<b>2,20*</b>		0,27	<b>2,36*</b>		0,35	<b>2,85*</b>		0,07	0,58
Homme*Partenaire		0,02	0,18		0,07	0,59		-0,08	-0,71		0,01	0,13
Femme*Partenaire		0,21	1,58		0,19	1,28		0,07	0,45		0,44	<b>2,46*</b>
Variable dépendante	Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc		
Homme*Acteur		-0,08	-0,61		-0,01	-0,09		-0,17	-0,99		-0,13	-0,75
Femme*Acteur		-0,05	-0,40		-0,16	-1,19		-0,16	-1,17		-0,02	-0,18
Homme*Partenaire		-0,01	-0,09		-0,06	-0,48		-0,005	-0,04		0,06	0,49
Femme*Partenaire		-0,21	-1,30		0,04	0,28		0,12	0,64		-0,09	-0,47
Variable dépendante	Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc		

Homme*Acteur		0,06	0,44		-0,09	-0,68		-0,18	-1,05		-0,11	-0,64
Femme*Acteur		-0,07	-0,60		-0,26	<b>-2,25*</b>		-0,36	<b>-3,05*</b>		-0,21	<b>-1,70*</b>
Homme*Partenaire		-0,17	-1,43		-0,19	-1,54		-0,04	-0,33		0,11	0,87
Femme*Partenaire		-0,01	-0,10		-0,21	-1,40		0,10	0,66		-0,14	-0,80
Variable dépendante	Bephy			Bephy			Bephy			Bephy		
Homme*Acteur		-0,16	-1,14		-0,17	-1,23		-0,09	-0,51		0,05	0,34
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,11	-0,96		0,001	0,01		0,03	0,26		-0,02	-0,23
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Besoc			Besoc			Besoc			Besoc		
Homme*Acteur		-0,40	<b>-3,30*</b>		-0,32	<b>-2,67*</b>		-0,38	<b>-2,55*</b>		-0,49	<b>-2,90*</b>
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,07	0,76		-0,18	<b>-1,77*</b>		-0,02	-0,19		-0,05	-0,44
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Beemo			Beemo			Beemo			Beemo		
Homme*Acteur		-0,07	-0,51		-0,09	-0,64		-0,29	<b>-1,71*</b>		0,05	0,27
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,01	-0,13		0,01	0,16		0,18	1,49		0,05	0,43
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Befonc			Befonc			Befonc			Befonc		
Homme*Acteur		-0,20	-1,42		-0,14	-0,88		-0,13	-0,78		-0,22	-1,21
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,13	-1,09		-0,20	-1,52		-0,10	-0,77		0,02	0,19
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Symp			Symp			Symp			Symp		
Homme*Acteur		0,02	0,17		-0,04	-0,30		-0,03	<b>-0,18</b>		-0,08	-0,46
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,17	-1,34		-0,02	-0,18		-0,07	<b>-0,57</b>		0,01	0,11
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Altqol			Altqol			Altqol			Altqol		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		-0,04	-0,31		0,16	1,34		0,20	1,65		0,01	0,16
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		0,07	0,48		0,38	<b>2,55*</b>		0,16	0,97		0,47	<b>2,72*</b>
Variable dépendante	Comm			Comm			Comm			Comm		

Homme*Acteur												
Femme*Acteur		-0,06	-0,47		-0,12	-0,97		-0,009	-0,06		-0,09	-0,64
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		0,09	0,61		0,09	0,55		0,09	0,47		0,10	0,47
Variable dépendante	Insatss			Insatss			Insatss			Insatss		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,18	1,53		0,21	<b>1,74*</b>		0,35	<b>2,90*</b>		0,05	0,37
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		0,06	0,46		-0,01	-0,10		-0,01	-0,09		0,32	1,64

- Effets acteurs et effets partenaires de l'ajustement dyadique (\* p<0,05)

Ead T1	T1	E	t	T2	E	t	T3	E	t	T4	E	t
Variable dépendante	Stai			Stai			Stai			Stai		
Homme*Acteur		-0,19	<b>-1,74*</b>		-0,17	-1,51		-0,35	<b>-2,96*</b>		0,007	0,05
Femme*Acteur		0,05	0,55		0,01	0,12		0,09	0,83		-0,005	-0,04
Homme*Partenaire		0,10	1,10		0,05	0,56		0,05	0,51		0,19	1,54
Femme*Partenaire		-0,22	<b>-2,02*</b>		-0,24	<b>-2,01*</b>		-0,41	<b>-3,19*</b>		-0,32	<b>-2,22*</b>
Variable dépendante	Anxcan											
Homme*Acteur		0,12	1,08		0,12	0,98		0,02	0,14		0,18	1,25
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,005	0,04		-0,01	-0,16		-0,06	-0,56		0,09	0,74
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Anxpsa											
Homme*Acteur		-0,16	-1,47		-0,30	<b>-2,82*</b>		-0,36	<b>-2,91*</b>		-0,22	-1,54
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,05	0,52		-0,02	-0,27		0,14	1,32		0,20	1,65
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	anxrec											
Homme*Acteur		0,002	0,01		-0,13	-1,18		-0,19	-1,41		0,03	0,65
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,01	0,16		0,10	0,99		-0,000	-0,01		0,07	0,28
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Cesd			Cesd			Cesd			Cesd		
Homme*Acteur		-0,19	<b>-1,84*</b>		-0,26	<b>-2,34*</b>		-0,25	<b>-2,22*</b>		-0,11	-0,80
Femme*Acteur		-0,03	-0,33		-0,002	-0,01		0,07	0,63		-0,05	-0,45
Homme*Partenaire		0,11	1,29		0,12	1,26		0,07	0,75		0,06	0,55
Femme*Partenaire		-0,30	<b>-2,74*</b>		-0,32	<b>-2,55*</b>		-0,39	<b>-2,93*</b>		-0,37	<b>-2,53*</b>
Variable dépendante	Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc		
Homme*Acteur		0,16	1,36		0,01	0,09		0,19	1,47		0,06	0,43
Femme*Acteur		0,18	<b>1,76*</b>		-0,26	<b>-2,34*</b>		-0,20	-1,60		0,02	0,15
Homme*Partenaire		-0,05	-0,47		-0,13	-1,15		0,02	0,21		-0,14	-1,17
Femme*Partenaire		0,09	0,76		0,20	1,60		0,06	0,48		0,14	0,95
Variable dépendante	Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc		
Homme*Acteur		0,07	0,68		0,10	0,92		0,09	0,69		0,05	0,42

Femme*Acteur		0,29	<b>2,95*</b>		0,06	0,54		-0,06	-0,54		-0,02	-0,21
Homme*Partenaire		-0,17	<b>-1,78*</b>		-0,09	-0,84		-0,11	-0,98		-0,19	-1,65
Femme*Partenaire		0,21	<b>1,86*</b>		0,32	<b>2,49*</b>		0,22	<b>1,69*</b>		0,22	1,49
Variable dépendante	Bephy											
Homme*Acteur		0,13	1,15		0,21	<b>1,95*</b>		0,32	<b>2,41*</b>		0,18	1,26
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,07	-0,71		-0,07	-0,72		-0,13	-1,16		-0,17	-1,36
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Besoc											
Homme*Acteur		0,19	<b>1,99*</b>		0,36	<b>3,70*</b>		0,14	1,19		0,29	<b>2,17*</b>
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,13	-1,61		-0,13	-1,56		-0,10	-1,03		-0,10	-0,86
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Beemo											
Homme*Acteur		-0,02	-0,20		-0,01	-0,17		0,23	<b>1,91*</b>		-0,08	-0,67
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,11	-1,15		-0,17	<b>-1,74*</b>		-0,14	-1,36		-0,23	<b>-1,98*</b>
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Befonc											
Homme*Acteur		0,25	<b>2,31*</b>		0,27	<b>2,27*</b>		0,30	<b>2,47*</b>		0,26	<b>1,91*</b>
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,15	-1,61		-0,09	-0,90		-0,09	-0,91		-0,07	-0,65
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Symp											
Homme*Acteur		0,08	0,74		0,19	1,61		0,21	<b>1,67*</b>		0,06	0,47
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,19	<b>-1,88*</b>		-0,16	-1,54		-0,20	<b>-1,81*</b>		-0,15	-1,22
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Altqol											
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		-0,29	<b>-2,94*</b>		-0,08	-0,74		-0,03	-0,29		0,02	0,22
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,13	-1,18		-0,29	<b>-2,28*</b>		-0,34	<b>-2,55*</b>		-0,38	<b>-2,59*</b>
Variable dépendante	Comm											
Homme*Acteur												

Femme*Acteur		0,23	<b>2,31*</b>		0,07	0,61		-0,15	-1,24		-0,09	-0,72
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,007	-0,06		0,10	0,83		0,13	0,97		0,24	1,57
Variable dépendante	Insatss											
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		-0,03	-0,30		0,07	0,72		-0,18	-1,54		-0,12	-0,85
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		0,03	0,28		-0,20	<b>-1,70*</b>		-0,09	-0,75		-0,13	-0,95
Femme*Partenaire		-0,008	-0,07		0,20	1,61		-0,02	-0,21		0,27	<b>2,09*</b>

## Annexe 6 : Effets acteurs et effets partenaires des stratégies des coping sur l'état émotionnel et la qualité de vie

- Effets acteurs et effets partenaires des stratégies de coping centrées sur le problème (\* p<0,05)

Coppb T1	T1	E	t	T2	E	t	T3	E	t	T4	E	t
Variable dépendante	Stai			Stai			Stai			Stai		
Homme*Acteur		-0,11	-0,98		-0,25	<b>-2,21*</b>		-0,21	<b>-1,81*</b>		-0,02	-0,21
Femme*Acteur		0,07	0,66		0,23	<b>2,28*</b>		0,18	<b>1,66*</b>		0,15	1,34
Homme*Partenaire		0,13	1,19		0,06	0,57		0,08	0,71		-0,02	-0,23
Femme*Partenaire		-0,29	<b>-2,79*</b>		-0,31	<b>-2,98*</b>		-0,34	<b>-3,13*</b>		-0,31	<b>-2,69*</b>
Variable dépendante	Anxcan			Anxcan			Anxcan			Anxcan		
Homme*Acteur		-0,02	-0,28		0,03	0,35		-0,03	-0,32		-0,07	-0,58
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,19	<b>1,85*</b>		0,08	0,75		0,004	0,03		0,01	0,13
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa		
Homme*Acteur		-0,002	-0,02		0,07	0,67		0,002	0,01		0,04	0,28
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,04	-0,39		0,04	0,47		0,11	0,99		-0,12	-0,91
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	anxrec			anxrec			anxrec			anxrec		
Homme*Acteur		-0,04	-0,43		-0,09	-0,86		-0,19	<b>-1,67*</b>		-0,09	-1,27
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,08	0,81		0,20	<b>1,93*</b>		0,25	<b>2,26*</b>		0,01	0,14
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Cesd			Cesd			Cesd			Cesd		
Homme*Acteur		-0,21	-2,01		-0,19	<b>-1,77*</b>		-0,21	<b>-1,98*</b>		-0,01	-0,12
Femme*Acteur		0,02	0,26		0,13	1,24		0,03	0,29		0,11	0,98
Homme*Partenaire		0,05	0,53		0,11	1,09		0,01	0,17		0,02	0,23
Femme*Partenaire		-0,27	<b>-2,53*</b>		-0,35	<b>-3,31*</b>		-0,36	<b>-3,29*</b>		-0,23	<b>-1,93*</b>
Variable dépendante	Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc		
Homme*Acteur		0,10	1,03		0,10	0,92		0,09	0,77		0,08	0,74
Femme*Acteur		-0,04	-0,36		0,03	0,34		0,09	0,81		-0,03	-0,29
Homme*Partenaire		0,17	<b>1,69*</b>		-0,13	-1,24		0,06	0,52		0,17	1,49
Femme*Partenaire		0,01	0,15		0,45	<b>4,10*</b>		0,19	1,60		0,36	<b>2,94*</b>

Variable dépendante	Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc		
Homme*Acteur		-0,007	-0,06		0,14	1,32		0,18	1,50		0,01	0,11
Femme*Acteur		-0,09	-0,79		-0,04	-0,36		-0,05	-0,48		-0,14	-1,28
Homme*Partenaire		-0,15	-1,40		-0,19	<b>-1,85*</b>		-0,14	-1,21		0,06	0,53
Femme*Partenaire		-0,05	-0,48		0,13	1,12		0,37	<b>3,37*</b>		0,21	<b>1,78*</b>
Variable dépendante	Bephy			Bephy			Bephy			Bephy		
Homme*Acteur		0,008	0,07		0,11	1,05		0,20	<b>1,78*</b>		-0,04	-0,40
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,05	0,48		-0,04	-0,39		0,003	0,03		0,08	0,76
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Besoc			Besoc			Besoc			Besoc		
Homme*Acteur		0,18	<b>1,92*</b>		0,04	0,46		0,10	0,98		0,10	0,89
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,04	-0,42		0,10	1,07		0,003	0,03		-0,04	-0,40
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Beemo			Beemo			Beemo			Beemo		
Homme*Acteur		0,06	0,59		0,14	1,41		0,15	<b>1,34</b>		0,08	0,70
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,10	-0,92		-0,11	-1,08		0,01	<b>0,11</b>		0,009	0,08
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Befonc			Befonc			Befonc			Befonc		
Homme*Acteur		0,19	<b>1,73*</b>		0,23	<b>1,86*</b>		0,16	<b>1,30</b>		0,02	0,18
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,17	-1,54		-0,03	-0,29		0,002	<b>0,02</b>		0,008	0,06
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Symp			Symp			Symp			Symp		
Homme*Acteur		0,25	<b>2,24*</b>		0,15	1,32		0,15	<b>1,31</b>		0,25	<b>2,06*</b>
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,12	1,07		0,02	0,22		0,05	<b>0,47</b>		0,06	0,51
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Altqol			Altqol			Altqol			Altqol		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,13	1,24		0,17	1,58		0,09	0,84		0,13	1,13
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		0,12	1,12		-0,23	<b>-2,07*</b>		-0,31	<b>-2,86*</b>		-0,30	<b>-2,58*</b>

Variable dépendante	Comm			Comm			Comm			Comm		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,0004	0,004		0,24	<b>2,20*</b>		0,24	<b>1,99*</b>		0,14	1,06
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		0,02	0,22		-0,09	-0,80		-0,005	-0,04		0,05	0,40
Variable dépendante	Insatss			Insatss			Insatss			Insatss		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,12	1,17		0,11	0,95		-0,01	-0,11		0,11	0,68
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,08	-0,78		-0,09	-0,77		-0,003	-0,02		0,06	0,41

- Effets acteurs et effets partenaires des stratégies de coping centrées sur l'émotion (\* p<0,05)

Copemo T1	T1	E	t	T2	E	t	T3	E	t	T4	E	t
Variable dépendante	Stai			Stai			Stai			Stai		
Homme*Acteur		0,43	<b>4,27*</b>		0,24	<b>2,19*</b>		0,34	<b>3,07*</b>		0,49	<b>4,49*</b>
Femme*Acteur		0,40	<b>4,13*</b>		0,39	<b>3,83*</b>		0,40	<b>3,56*</b>		0,41	<b>3,50*</b>
Homme*Partenaire		0,10	1,08		0,008	0,07		0,04	0,36		0,10	0,89
Femme*Partenaire		-0,19	<b>-1,94*</b>		-0,08	-0,76		-0,11	-0,98		-0,11	-0,05
Variable dépendante	Anxcan			Anxcan			Anxcan			Anxcan		
Homme*Acteur		0,32	<b>3,20*</b>		0,33	<b>3,20*</b>		0,21	<b>1,92*</b>		0,17	1,38
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,03	0,36		-0,01	-0,09		-0,01	-0,12		0,08	0,67
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa		
Homme*Acteur		0,21	<b>1,94*</b>		0,23	<b>2,21*</b>		0,25	<b>2,11*</b>		0,33	<b>2,45*</b>
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,06	-0,62		-0,08	-0,83		-0,06	-0,51		-0,08	0,61
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	anxrec			anxrec			anxrec			anxrec		
Homme*Acteur		0,18	<b>1,70*</b>		0,21	<b>1,98*</b>		0,14	1,23		0,05	0,77
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,06	0,57		0,15	1,44		0,23	<b>1,99*</b>		0,14	<b>2,00*</b>
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Cesd			Cesd			Cesd			Cesd		
Homme*Acteur		0,26	<b>2,58*</b>		-0,34	<b>3,26*</b>		0,28	<b>2,66*</b>		0,38	<b>3,31*</b>
Femme*Acteur		0,46	<b>4,85*</b>		0,34	<b>3,25*</b>		0,38	<b>3,29*</b>		0,40	<b>3,37*</b>
Homme*Partenaire		0,04	0,50		0,05	0,49		0,09	0,84		0,05	0,43
Femme*Partenaire		-0,13	-1,37		-0,16	-1,57		-0,07	-0,67		-0,07	-0,66
Variable dépendante	Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc		
Homme*Acteur		0,01	0,15		-0,003	-0,03		-0,01	-0,12		0,09	0,78
Femme*Acteur		0,01	0,09		-0,07	-0,64		0,01	0,11		-0,009	-0,06
Homme*Partenaire		-0,04	-0,40		-0,14	-1,40		0,03	0,29		-0,04	-0,36
Femme*Partenaire		-0,08	-0,69		0,06	0,50		-0,12	-1,02		0,08	0,64
Variable dépendante	Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc		
Homme*Acteur		-0,31	<b>-3,00*</b>		-0,25	<b>-2,44*</b>		-0,29	<b>-2,23*</b>		-0,45	<b>-4,15*</b>

Femme*Acteur		-0,006	-0,05		-0,36	<b>-3,23*</b>		-0,28	<b>-2,45*</b>		-0,32	<b>-2,68*</b>
Homme*Partenaire		-0,20	<b>-2,00*</b>		-0,12	-1,18		-0,07	-0,63		0,03	0,28
Femme*Partenaire		0,03	0,28		0,02	0,20		0,11	1,02		-0,06	-0,57
Variable dépendante	Bephy			Bephy			Bephy			Bephy		
Homme*Acteur		-0,17	-1,55		-0,23	<b>-2,31*</b>		-0,10	-0,90		-0,15	-1,33
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,08	-0,78		-0,03	-0,33		0,08	0,66		0,11	0,98
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Besoc			Besoc			Besoc			Besoc		
Homme*Acteur		-0,008	-0,09		-0,15	-1,48		-0,13	-1,22		-0,14	-1,27
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,10	-1,10		-0,12	-1,27		-0,15	-1,42		-0,14	-1,17
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Beemo			Beemo			Beemo			Beemo		
Homme*Acteur		-0,33	<b>-3,24*</b>		-0,26	<b>-2,56*</b>		-0,28	<b>-2,54*</b>		-0,32	<b>-2,85*</b>
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,05	-0,50		-0,08	-0,82		-0,06	-0,60		-0,01	-0,16
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Befonc			Befonc			Befonc			Befonc		
Homme*Acteur		-0,26	<b>-2,47*</b>		-0,35	<b>-3,02*</b>		-0,41	<b>-3,54*</b>		-0,36	<b>-3,19*</b>
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,18	<b>-1,75*</b>		-0,08	-0,75		0,07	0,59		-0,03	0,74
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Symp			Symp			Symp			Symp		
Homme*Acteur		0,02	0,25		-0,17	-1,46		-0,18	-1,50		-0,12	-1,00
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,07	-0,68		0,08	0,72		0,16	1,38		0,10	0,79
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Altqol			Altqol			Altqol			Altqol		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,13	1,21		0,47	<b>4,64*</b>		0,47	<b>4,34*</b>		0,40	<b>3,43*</b>
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,07	-0,69		-0,10	-0,97		-0,05	-0,54		-0,02	-0,20
Variable dépendante	Comm			Comm			Comm			Comm		
Homme*Acteur												

Femme*Acteur		0,23	<b>2,19*</b>		0,02	0,22		0,24	<b>1,88*</b>		0,05	0,38
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,12	-1,15		0,03	0,30		-0,10	-0,83		0,10	0,77
Variable dépendante	Insatss			Insatss				Insatss			Insatss	
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,09	0,86		0,10	0,87		0,04	0,37		0,09	0,66
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		0,01	0,15		0,08	0,74		0,08	0,69		0,19	1,31

- Effets acteurs et effets partenaires des stratégies de coping centrées sur la recherche de soutien social  
(\* p<0,05)

Coprss T1	T1	E	t	T2	E	t	T3	E	t	T4	E	t
Variable dépendante	Stai			Stai			Stai			Stai		
Homme*Acteur		-0,27	<b>-2,34*</b>		-0,24	<b>-1,96*</b>		-0,35	<b>-2,96*</b>		-0,13	-0,92
Femme*Acteur		0,03	0,36		0,16	1,47		0,17	<b>1,71*</b>		0,15	1,21
Homme*Partenaire		0,24	<b>2,26*</b>		0,08	0,76		0,22	<b>1,95*</b>		0,07	0,53
Femme*Partenaire		-0,40	<b>-3,56*</b>		-0,38	<b>-3,29*</b>		-0,59	<b>-5,48*</b>		-0,40	<b>-3,05*</b>
Variable dépendante	Anxcan			Anxcan			Anxcan			Anxcan		
Homme*Acteur		-0,05	-0,44		-0,006	-0,05		-0,02	-0,22		-0,18	-1,26
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,08	0,83		-0,02	-0,19		-0,05	-0,44		0,02	0,19
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa			Anxpsa		
Homme*Acteur		-0,25	<b>-2,15*</b>		-0,008	-0,07		0,05	0,42		0,01	0,09
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,13	1,20		-0,04	-0,38		-0,04	-0,39		-0,10	-0,66
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	anxrec			anxrec			anxrec			anxrec		
Homme*Acteur		0,02	0,22		-0,04	-0,39		-0,31	<b>-2,70*</b>		-0,12	-1,49
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,09	-0,83		0,001	0,01		0,17	1,62		-0,03	-0,45
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Cesd			Cesd			Cesd			Cesd		
Homme*Acteur		-0,23	<b>-2,05*</b>		-0,32	<b>-2,74*</b>		-0,30	<b>-2,61*</b>		-0,22	0,99
Femme*Acteur		0,10	0,99		0,13	1,28		0,11	1,05		0,12	1,61
Homme*Partenaire		0,14	1,37		0,16	1,51		0,16	1,52		0,20	<b>-2,91*</b>
Femme*Partenaire		-0,36	<b>-3,25*</b>		-0,40	<b>-3,47*</b>		-0,53	<b>-4,80*</b>		-0,39	
Variable dépendante	Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc		
Homme*Acteur		-0,05	-0,45		0,06	0,51		-0,01	-0,07		0,007	0,05
Femme*Acteur		-0,10	-0,87		0,02	0,24		0,003	0,02		0,06	0,50
Homme*Partenaire		0,08	0,79		-0,12	-1,05		0,01	0,15		0,10	0,87
Femme*Partenaire		0,04	0,36		0,35	<b>2,78*</b>		0,31	<b>2,48*</b>		0,34	<b>2,39*</b>

Variable dépendante	Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc		
Homme*Acteur		-0,01	-0,10		0,21	<b>1,88*</b>		0,19	1,43		0,17	1,22
Femme*Acteur		0,07	0,63		-0,16	-1,46		-0,15	-1,35		-0,19	-1,57
Homme*Partenaire		-0,08	-0,72		-0,30	<b>-2,73*</b>		-0,06	-0,48		-0,10	-0,86
Femme*Partenaire		-0,09	-0,77		0,43	<b>3,62*</b>		0,44	<b>3,87*</b>		0,38	<b>2,97*</b>
Variable dépendante	Bephy			Bephy			Bephy			Bephy		
Homme*Acteur		0,05	0,43		0,13	1,15		0,25	<b>2,01*</b>		-0,01	-0,13
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,12	-1,14		-0,04	-0,40		-0,03	-0,25		0,005	0,04
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Besoc			Besoc			Besoc			Besoc		
Homme*Acteur		0,10	0,99		0,18	1,64		0,22	<b>1,95*</b>		0,17	1,23
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,03	0,32		0,01	0,13		-0,09	-0,87		-0,01	-0,15
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Beemo			Beemo			Beemo			Beemo		
Homme*Acteur		0,14	1,16		0,32	<b>2,85*</b>		0,27	<b>2,27*</b>		0,14	1,00
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,12	-1,16		-0,10	-0,99		-0,02	-0,24		-0,007	-0,06
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Befonc			Befonc			Befonc			Befonc		
Homme*Acteur		0,27	<b>2,36*</b>		0,37	<b>2,86*</b>		0,25	<b>1,95*</b>		0,19	1,40
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,28	<b>-2,64*</b>		-0,13	-1,11		-0,28	<b>-2,33*</b>		-0,24	<b>-1,96*</b>
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Symp			Symp			Symp			Symp		
Homme*Acteur		0,27	<b>2,25*</b>		0,21	1,63		0,17	1,36		0,14	0,97
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,03	-0,31		0,04	0,39		-0,06	-0,55		0,02	0,20
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Altqol			Altqol			Altqol			Altqol		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,08	0,72		0,23	<b>2,11*</b>		0,12	1,23		0,10	0,85
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		0,06	0,56		-0,46	<b>-3,93*</b>		-0,57	<b>-5,33*</b>		-0,45	<b>-3,62*</b>

Variable dépendante	Comm			Comm			Comm			Comm		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,15	1,30		0,27	<b>2,32*</b>		0,12	1,00		0,19	1,33
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,06	-0,55		-0,16	-1,29		-0,09	-0,72		-0,11	-0,72
Variable dépendante	Insatss			Insatss			Insatss			Insatss		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		-0,03	-0,26		0,18	1,49		0,03	0,24		0,22	1,45
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		0,009	-0,08		-0,14	-1,16		-0,16	-1,31		-0,01	-0,09

## Annexe 7 : Effets acteurs et effets partenaires de l'état émotionnel sur la qualité de vie

- Effets acteurs et effets partenaires de l'anxiété état (\*p<0,05)

Stai T1	T1	E	t	T2	E	t	T3	E	t	T4	E	t
Variable dépendante	Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc		
Homme*Acteur		-0,13	-1,21		-0,24	<b>-2,33*</b>		-0,12	-1,05		-0,06	-0,51
Femme*Acteur		-0,17	-1,57		-0,30	<b>-2,67*</b>		-0,23	<b>-1,78*</b>		-0,18	-1,30
Homme*Partenaire		-0,24	<b>-2,27*</b>		-0,14	-1,36		-0,18	-1,50		-0,07	-0,61
Femme*Partenaire		-0,07	-0,69		-0,05	-0,45		-0,08	-0,69		0,05	0,38
Variable dépendante	Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc		
Homme*Acteur		-0,48	<b>-5,26*</b>		-0,46	<b>-5,16*</b>		-0,56	<b>-5,40*</b>		-0,62	<b>-6,46*</b>
Femme*Acteur		-0,22	<b>-2,11*</b>		-0,56	<b>-5,74*</b>		-0,62	<b>-5,93*</b>		-0,47	<b>-4,35*</b>
Homme*Partenaire		-0,09	-1,03		-0,04	-0,54		-0,02	-0,24		0,11	1,13
Femme*Partenaire		0,009	0,08		-0,04	-0,48		-0,08	-0,83		-0,19	<b>-1,76*</b>
Variable dépendante	Bephy			Bephy			Bephy			Bephy		
Homme*Acteur		-0,33	<b>-3,17*</b>		-0,44	<b>-4,59*</b>		-0,29	<b>-2,59*</b>		-0,16	-1,32
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,21	<b>-1,97*</b>		-0,05	-0,62		-0,14	-1,25		-0,08	-0,69
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Besoc			Besoc			Besoc			Besoc		
Homme*Acteur		-0,21	<b>-2,29*</b>		-0,25	<b>-2,78*</b>		-0,37	<b>-3,88*</b>		-0,21	<b>-1,93*</b>
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,08	-0,89		-0,12	-1,37		-0,06	-0,70		-0,16	-1,41
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Beemo			Beemo			Beemo			Beemo		
Homme*Acteur		-0,66	<b>-8,35*</b>		-0,65	<b>-9,01*</b>		-0,57	<b>-6,51*</b>		-0,55	<b>-5,99*</b>
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,009	-0,11		0,02	0,30		-0,01	-0,14		-0,02	-0,26
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Befonc			Befonc			Befonc			Befonc		
Homme*Acteur		-0,55	<b>-6,48*</b>		-0,63	<b>-6,58*</b>		-0,63	<b>-6,56*</b>		-0,51	<b>-4,76*</b>
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,20	<b>-2,34*</b>		-0,07	-0,76		0,04	0,43		-0,01	-0,16
Femme*Partenaire												

Variable dépendante	Symp			Symp			Symp			Symp		
Homme*Acteur		-0,28	<b>-3,07*</b>		-0,38	<b>-3,64*</b>		-0,43	<b>-3,89*</b>		-0,25	<b>-2,12*</b>
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,30	<b>-3,26*</b>		-0,06	-0,59		-0,04	-0,39		-0,13	-0,10
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Altqol			Altqol			Altqol			Altqol		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,25	<b>2,39*</b>		0,60	<b>6,72*</b>		0,65	<b>6,21*</b>		0,53	<b>4,67*</b>
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,19	<b>-1,83*</b>		0,01	0,14		-0,02	-0,28		0,03	0,29
Variable dépendante	Comm			Comm			Comm			Comm		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,02	0,26		-0,07	-0,67		0,003	0,02		-0,13	-1,10
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,002	-0,02		0,05	0,47		-0,07	-0,58		0,19	1,56
Variable dépendante	Insatss			Insatss			Insatss			Insatss		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,17	1,61		0,08	0,70		0,06	0,54		0,10	0,69
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,005	-0,04		0,07	0,63		0,10	0,90		0,02	0,16

- Effets acteurs et effets partenaires des symptômes dépressifs (\* p<0,05)

cesdT1	T1	E	t	T2	E	t	T3	E	t	T4	E	t
Variable dépendante	Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc			Sf12 pc		
Homme*Acteur		-0,32	<b>-2,88*</b>		-0,22	<b>-1,88*</b>		-0,13	-1,05		-0,16	-1,23
Femme*Acteur		-0,10	-0,91		-0,39	<b>-3,37*</b>		-0,34	<b>-2,69*</b>		-0,35	<b>-2,51*</b>
Homme*Partenaire		-0,20	<b>-1,92*</b>		-0,15	-1,29		-0,24	<b>-1,93*</b>		-0,11	0,39
Femme*Partenaire		-0,20	<b>-1,71*</b>		-0,11	-0,93		-0,12	-1,02		-0,09	0,49
Variable dépendante	Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc			Sf12 mc		
Homme*Acteur		-0,55	<b>-5,58*</b>		-0,55	<b>-5,54*</b>		-0,61	<b>-5,60*</b>		-0,64	<b>-6,32*</b>
Femme*Acteur		-0,22	<b>-1,93*</b>		-0,63	<b>-6,22*</b>		-0,71	<b>-7,36*</b>		-0,70	<b>-6,88*</b>
Homme*Partenaire		-0,08	-0,86		-0,06	-0,67		-0,03	-0,30		0,08	0,76
Femme*Partenaire		-0,09	-0,75		-0,06	-0,60		0,04	0,47		-0,06	-0,67
Variable dépendante	Bephy			Bephy			Bephy			Bephy		
Homme*Acteur		-0,50	<b>-4,95*</b>		-0,45	<b>-4,56*</b>		-0,30	<b>-2,49*</b>		-0,11	-0,83
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,21	<b>-2,20*</b>		-0,08	-0,87		-0,09	-0,78		-0,11	-0,85
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Besoc			Besoc			Besoc			Besoc		
Homme*Acteur		-0,26	<b>-2,69*</b>		-0,25	<b>-2,52*</b>		-0,33	<b>-3,10*</b>		-0,37	<b>-3,32*</b>
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,008	-0,09		-0,14	-1,53		-0,11	-1,05		-0,19	-1,63
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Beemo			Beemo			Beemo			Beemo		
Homme*Acteur		-0,71	<b>-8,72*</b>		-0,65	<b>-7,83*</b>		-0,56	<b>-6,01*</b>		-0,58	<b>-5,47*</b>
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		0,02	0,37		0,05	0,69		-0,03	-0,35		0,05	0,52
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Befonc			Befonc			Befonc			Befonc		
Homme*Acteur		-0,76	<b>-10,41*</b>		-0,76	<b>-8,51*</b>		-0,69	<b>-6,98*</b>		-0,57	<b>-5,10*</b>
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,15	<b>-2,22*</b>		-0,14	<b>-1,72*</b>		-0,05	-0,51		-0,14	-1,27
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Symp			Symp			Symp			Symp		

Homme*Acteur		-0,42	<b>-4,14*</b>		-0,36	<b>-3,14*</b>		-0,39	<b>-3,36*</b>		-0,36	<b>-2,87*</b>
Femme*Acteur												
Homme*Partenaire		-0,26	<b>-2,77*</b>		-0,08	-0,75		-0,08	-0,68		-0,09	-0,74
Femme*Partenaire												
Variable dépendante	Altqol			Altqol			Altqol			Altqol		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,35	<b>3,32*</b>		0,63	<b>6,41*</b>		0,66	<b>6,21*</b>		0,67	<b>6,02*</b>
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,19	<b>-1,69*</b>		0,05	0,53		-0,06	-0,57		0,16	1,59
Variable dépendante	Comm			Comm			Comm			Comm		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,08	0,78		0,01	0,09		-0,06	-0,50		-0,04	-0,27
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		0,13	1,17		0,15	1,17		0,10	0,76		0,28	<b>2,02*</b>
Variable dépendante	Insatss			Insatss			Insatss			Insatss		
Homme*Acteur												
Femme*Acteur		0,05	0,47		0,05	0,49		0,09	0,76		0,06	0,44
Homme*Partenaire												
Femme*Partenaire		-0,02	-0,24		0,14	1,10		0,01	0,11		0,06	0,45