

Université Bordeaux 2- Victor Segalen
Ecole Doctorale 303
Sciences Sociales, Société, Santé, Décision

DOCTORAT
PSYCHOLOGIE

Sylvie Petit
Née le 04 novembre 1979

IMPACT DU CANCER DE LA PROSTATE SUR LA VIE QUOTIDIENNE DU COUPLE AGE

Thèse dirigée par le professeur Jean Bouisson

Soutenue le 3 décembre 2009

Jury de soutenance :

Professeur D. Alaphilippe, Université de Tours,	Rapporteur
Professeur H. Chabrol, Université de Toulouse,	Rapporteur
Professeur B. Fromage, Université d'Angers,	Membre du jury
Professeur N. Rascle, Université de Bordeaux 2	Présidente
Professeur J. Swendsen, Directeur, UMR 5231, CNRS	Membre du jury

Résumé :

Les recherches récentes menées sur le cancer s'accordent sur le fait que l'âge serait un des principaux facteurs de risque (Tubiana, 2002). C'est notamment le cas du cancer de la prostate, la plupart des cas étant constatés entre 60 et 90 ans (âge moyen de détection : 73 ans). Les personnes âgées se trouvent alors confrontées à différentes problématiques afférentes à la vieillesse, dont le cancer fait partie. Faire face à cette maladie n'est pas le seul défi du patient âgé, le cancer perturbant sa vie au niveau de tout son environnement affectif et social.

Nous nous intéressons dans cette thèse à connaître l'impact psychologique du cancer de la prostate sur la vie quotidienne des patients âgés et de leurs épouses.

Nous présentons les résultats menés auprès de 96 patients atteints du cancer de la prostate et de leur conjointe recrutés sur deux centres régionaux de lutte contre le cancer. Nous mettons en place une nouvelle méthodologie : la méthode écologique d'échantillonnage des expériences qui se déroule sur 3 cycles d'évaluations durant 4 jours (en début de traitement, en milieu de traitement et en fin de traitement). Cette méthode nous permet d'établir les liens entre variables (/heure, /jour, /sujet, entre sujets et au sein du couple), et d'observer et de comparer l'ajustement des patients et de leur conjointe suivant différents âges (Swendsen, 1997 ; Czikszenmihalyi, 1984).

Nos résultats mettent en évidence trois points essentiels : Tout d'abord il s'agit de distinguer les différences de ressentis et de stratégies de coping selon l'âge des couples pris en charge. Ensuite, le second point important de cette recherche est la notion d'inter-individualité. Cette étude discrimine tout à fait les attitudes et les émotions que peuvent vivre au quotidien les patients des épouses. Enfin, le troisième point concerne le temps de la prise en charge. Il existe une réelle progression des ressentis et de l'ajustement psychologique des couples tout au long du traitement.

Cette étude permet d'affiner nos connaissances sur le couple âgé confronté à la maladie et, plus spécifiquement, sur son ajustement émotionnel et sa qualité de vie lorsqu'il lui faut faire face au cancer de la prostate.

Cette recherche est financée par la Ligue Nationale de Lutte Contre le Cancer, France.

Mots clefs :

Couple âgé, coping, méthode d'échantillonnage des expériences (ESM), ajustement émotionnel, cancer de la prostate.

***Laboratoire de Psychologie « Santé et Qualité de vie » - EA 4139.
3 ter place de la Victoire, 33076 Bordeaux cedex.***

Summary :

Recent research consistently indicates that age is a major risk factor for cancer (Tubiana, 2002). Such is the case of prostate cancer, which is typically detected between the ages of 60 and 90 (average age of detection: 73 years). Coping with the physical effects of cancer is not the only challenge for elderly patients; cancer may also affect patient's emotional and social lives as well.

The current study presents results of an experience sampling study on the psychological impact of prostate cancer on the daily lives of elderly patients and their wives. We present data on 96 patients with prostate cancer and their spouse who were recruited from two Regional Center for the Fight Against Cancer in Bordeaux, France. Participants completed 3 daily assessments for 4 days (at the beginning of treatment, in the middle of treatment and at the end of treatment). The methodology has a number of advantages, including that it allows us to establish the relationship between variables (coping, quality of life, anxiety and depression), between subjects, and within the couple. The methodology also allows us to observe and compare the adjustment of patients and their partner following different ages (Swendsen, 1997, Czikszenmihalyi, 1984).

Our results showing three key points: First, we distinguishing the differences of feeling and coping strategies by spouses' age. The second point concern the concept of interindividual. This study discriminate behavior and emotions in everyday life of couples. The third important point concerns time management. There is an increased in feeling and psychosocial adjustment on the treatment.

This study will help us to refine our knowledge and understanding of emotional adjustment and quality of life of patients with prostate cancer and their spouses. We will thus be able to realize the importance of taking into account the couple and not just patients in psychological interventions.

This research is being funded by the National League for the Fight against Cancer, France.

Key words :

Elderly couple, Coping, Experience Sampling Method, Emotional adjustment, prostate cancer.

**Laboratoire de Psychologie « Santé et Qualité de vie » - EA 4139.
3 ter place de la Victoire, 33076 Bordeaux cedex.**

« On croit communément qu'il est difficile d'être heureux, et on n'a que trop de raison de le croire ; mais il serait plus aisé de le devenir, si chez les hommes les réflexions et le plan de conduite en précédaient les actions. On est entraîné par les circonstances, et on se livre aux espérances qui ne rendent jamais qu'à moitié ce qu'on en attend : enfin, on n'aperçoit bien clairement les moyens d'être heureux que lorsque l'âge et les entraves qu'on s'est données y mettent des obstacles »

(Madame du Châtelet, Discours sur le Bonheur, daté aux environs de 1746-1747, (1997) p31)

Remerciements

L'activité de recherche d'une thèse est loin d'être une mince affaire. C'est une application quotidienne à laquelle il faut livrer tout ou partie de son temps et de son énergie. Le travail que vous vous apprêtez à lire n'a pu voir le jour et se construire que grâce à la compréhension, au soutien et à la collaboration de tout mon entourage social, qu'il soit professionnel et /ou affectif. De plus, certains événements de la vie m'ont parfois ralentie, voire même arrêtée au cours de cette thèse. Bien des fois, le doute s'est installé. Ainsi, chaque personne qui m'a aidée, soutenue ou simplement écoutée, a apporté sa pierre à l'édification de cet ouvrage. Pardon à l'avance de ne pas pouvoir citer tout le monde.

Tout d'abord, je tiens à remercier la Ligue nationale contre le cancer, qui a cru en mon projet et qui m'a accordée toute sa confiance. Merci à M.Allouis, de m'avoir soutenue tout au long de ce travail.

Ensuite, je voudrais remercier particulièrement mon directeur de thèse, le professeur Jean Bouisson. Vos conseils avisés et votre formation m'ont permis de sans cesse m'améliorer et d'apprendre tout au long de ces années. Merci aussi de m'avoir soutenue comme vous l'avez fait dans les moments difficiles.

De plus, je tiens à remercier sincèrement le professeur Swendsen. Je vous remercie, non seulement pour m'avoir formée à la méthodologie ESM, mais aussi soutenue et encouragée tout au long de mon travail.

Egalement, je remercie les professeurs Alaphilippe, Chabrol, Fromage et Rascle, pour avoir bien voulu accepter de prendre du temps afin d'évaluer cette thèse.

Je tiens ensuite à remercier les patients et les épouses qui ont bien voulu participer à cette étude. Malgré leur vie modifiée et bouleversée par la maladie, ils n'ont pas hésité à s'engager, à donner un peu de leur temps et à respecter les contraintes des questionnaires que nous leur propositions, pour nous aider à en savoir un peu plus sur les difficultés d'ajustement du couple âgé au cancer de la prostate.

Je remercie l'institut Bergonié pour avoir accepté de contribuer à ce travail. Plus particulièrement les docteurs Houede et Richaud ainsi que tous les manipulateurs radio qui m'ont été d'une grande aide et d'un grand soutien tout au long de ce travail de recherche. Je n'oublierai pas Fabienne, pour sa gentillesse et son accueil qui ont tellement facilité les prises de rendez vous des patients.

Merci à la polyclinique Francheville, particulièrement M. Malterre, qui m'a permis de rencontrer tous les intervenants de la clinique en vue de la mise en place de cette étude. Je remercie les manipulateurs radio, les docteurs Prié, Cany et Kin pour leur accueil et leur motivation dans cette recherche. Merci encore à Charlotte, une stagiaire hors pair, sur qui j'ai pu compter et qui s'est totalement investie dans cette recherche.

Je remercie également tous les membres de l'EA 4139, pour leur soutien et leur encouragement. Parmi eux, je remercie notamment, Anaïs, mon amie et collègue. Tu m'as tant appris pendant ces années, tu m'as soutenue, aidée et pour cela je ne te remercierai jamais assez.

De plus, je n'oublie pas Mme Cousson-Gélie, pour son soutien et son aide. J'espère qu'avec Anaïs, nous continuerons notre travail en collaboration.

Je tiens à remercier tous les collègues et les enseignants de psychologie clinique et psychopathologie, pour leurs conseils et leurs attitudes de soutien dans les moments de doute.

Je remercie mes ami(e)s de m'avoir accompagnée tout au long de ces années difficiles.

Je ne remercierai jamais assez ma famille. Ma mère qui a été présente du début de mon master recherche à cette fin de thèse. Mon père et ma belle-mère qui ont été là pour me remettre en selle quand j'en ai eu besoin. Merci à mon frère et ma sœur, votre soutien me va droit au cœur.

Je terminerai en remerciant David, mon cher compagnon, pour sa présence, son affection, sa patience, son soutien, cet accompagnement quotidien et constant tout au long de la rédaction de cette thèse.

A vous tous, et à ceux que j'ai peut-être oubliés (veuillez m'en excuser), merci !

TABLE DES MATIERES

Introduction	P1
 PARTIE THEORIQUE	
 Chapitre I Cancer de la prostate	 P14
1-1- Définitions	P14
1-2- Epidémiologie du cancer	P15
1-3- Le cancer de la prostate	P17
1-3-1- Point de vue médical	P17
1-3-1-1- Définition	P17
1-3-1-2- Dépistage et diagnostic.	P18
1-3-1-3- Traitement du cancer de la prostate	P19
1-3-2- Aspects psychologiques	P22
1-3-2-1- Cancer de la prostate et fragilité liée à l'âge	P22
1-3-2-2- Le cancer de la prostate face à ses représentations	P24
 Chapitre II Couple âgé, coping et cancer de la prostate	 P26
2-1- Du couple jeune au couple âgé : l'histoire de la relation à deux	P26
2-1-1- Le couple âgé : un détour par deux mythes fondateurs	P27
2-1-1-1- Apollon ou Idas: le choix de Marpessa	P27
2-1-1-2- Philémon et Baucis : un lien éternel	P28
2-1-2- Les modèles du couple au fil du temps	P29
2-1-2-1- Point de vue développemental	P29
2-1-2-2- Point de vue systémique	P31
2-2- Couple et Coping : un ajustement en devenir face aux épreuves de la vie	P34
2-2-1- Contexte d'apparition et définitions	P34
2-2-1-1- L'adaptation et les mécanismes de défense, des notions proches	P34

2-2-1-2- Le coping	P35
2-2-2- Quelques modèles de coping	P36
2-2-2-1- Le modèle de Cheng, 2003	P36
2-2-2-2- Le modèle de Holahan et Moos, 1991	P37
2-2-2-3- Modèle de coping développemental-contextuel du couple de Berg et Upchurch, 2007	P37
2-2-3- Coping chez les couples âgés atteints d'un cancer de la prostate	P39

Chapitre III Troubles psychopathologiques, cancer de la prostate et échantillonnage des expériences, en vie quotidienne

3-1- Troubles psychopathologiques, cancer de la prostate et couple âgé en vie quotidienne	P42
3-1-1- Définition de la dépression	P42
3-1-1-1- La dépression chez la personne âgée	P44
3-1-1-2- La dépression et le cancer de la prostate chez le couple âgé	P46
3-1-2- Définition de l'anxiété	P48
3-1-2-1- L'anxiété chez la personne âgée	P49
3-1-2-2- L'anxiété et le cancer de la prostate chez le couple âgé	P52
3-2- Vie quotidienne et échantillonnage des expériences (ESM)	P55
3-2-1- Définition et historique de la méthode	P55
3-2-2- Validité psychométrique de la méthode	P57
3-2-2-1- Cohérence interne et fidélité test-retest	P57
3-2-2-2- Validité des mesures ESM	P58
3-2-3- Implication de la méthode ESM auprès des personnes âgées	P60

Chapitre IV Synthèse, conclusion et hypothèses

P64

PARTIE EMPIRIQUE

Chapitre V Méthodologie P68

5-1- Organisme d'acceptation du projet de recherche	P68
5-2- Les participants	P68
5-2-1- Le choix des participants	P68
5-2-2- Description des participants de l'étude	P68
5-2-3- Les critères d'inclusion et d'exclusion à l'étude	P69
5-3- Procédure de recherche	P69
5-3-1- Etude pilote	P69
5-3-2- Méthodologie de la recherche finale	P70
5-4- Les variables en vie quotidienne	P72
5-4-1- Activités et autres	P72
5-4-2- Les ressentis émotionnels	P73
5-4-3- La relation conjugale	P73
5-4-4- Les événements de vie	P74
5-4-5- La mesure des styles de coping	P74
5-5- Analyses statistiques	P75

Chapitre VI Résultats P77

6-1- Caractéristiques de l'échantillon de l'étude	P77
6-2- Variables mesurées en vie quotidienne	P78
6-3- Hypothèses théoriques : Les stratégies de coping : Associations avec les émotions, le genre et le temps d'évaluation	P79
6-3-1- Hypothèse 1. : Liens entre les styles de coping et les ressentis émotionnels.	P79
6-3-2- Hypothèse 2. : Liens entre les styles de coping et le genre	P82
6-3-3- Hypothèse 3. : Effet du temps sur le lien entre les styles de coping	P83
6-4- Objectifs descriptifs : Association entre les ressentis émotionnels, les stratégies de coping, le soutien dans la relation conjugale et le temps d'évaluation	P85

6-4-1- Objectifs descriptifs 1. : Liens entre l'humeur et le temps d'évaluation	P85
6-4-2- Objectifs descriptifs 2. : Liens entre l'humeur et le soutien conjugal tout au long du traitement	P86
6-4-3- Objectifs descriptifs 3. : Liens entre les stratégies de coping et le soutien conjugal tout au long du traitement	P88
Chapitre VII Discussion	P90
Chapitre VIII Conclusion	P97
Bibliographie	P99
Glossaire	P110
Index des Tableaux et des schémas	P112
Sommaire des Annexes	P115
Annexes	P116

*Chaque mot précédé d'un « * » est défini dans le glossaire.*

Introduction

« Je t'aimerai toujours (...) Commence d'abord par m'aimer tous les jours. » (Jardin, 2009, p349) Voici les écrits surprenants d'un de nos écrivains contemporains qui, il y a quelques années avec son premier opus « Fanfan » prônait pourtant l'Amour passion comme idéal de vie. La quête du Saint Graal : le grand Amour. Or voilà qu'aujourd'hui cet auteur « retourne sa veste » en faisant l'apologie de la vie quotidienne en couple. En effet, pour lui la vie quotidienne ne doit pas s'affirmer comme un ronron rassurant et confortable mais comme la somme de petites surprises qui mises bout à bout feront qu'aujourd'hui ne ressemblera jamais à hier. Cependant, la vie a deux s'étirole ou encore se consolide dans l'affrontement inévitable des multiples stressseurs de la vie quotidienne. Certains conjoints s'y révèlent, s'y affirment, trouvent en eux de nouvelles ressources, pendant que d'autres s'y désespèrent et s'y consomment, tout ceci en un jeu de forces et d'alliances dont l'équilibre peut être labile, souple, rigide, structurant, incertain, dépendant de multiples facteurs extérieurs qui ne se révèlent souvent que dans l'après coup. La rencontre de la maladie grave est une de ces épreuves parmi les plus redoutables pour le couple, où « l'amour toujours » doit s'affronter au risque de la fatigue, de l'usure et des incompréhensions de la souffrance, de l'ambivalence des sentiments.

Cette alchimie subtile et délicate d'émotions et de sentiments se déclinant à l'infini, nous n'avons cessé de la côtoyer tout au long de notre recherche. Intéressée, il y a 3 ans, par l'appel d'offre lancé par la Ligue nationale contre le cancer, à propos des conséquences du cancer de la prostate, il nous avait semblé, immédiatement, que nous avions, de cette façon, l'opportunité d'aller étudier le couple dans ses dynamiques les plus intimes. Le cancer de la prostate, en effet, interpelle directement le couple dans l'un de ses principaux fondements : la sexualité. Les deux conjoints se trouvent atteints dans ce qui les lie, à un âge (le cancer de la prostate affecte le plus souvent l'homme âgé) où, justement, celle-ci peut être remise en question ou donner lieu à de nouveaux équilibres et de nouvelles expressions. L'appel d'offre insistait sur les souffrances psychologiques des deux conjoints, sur l'absence de travaux en ce domaine, et sur l'urgence d'engager des recherches permettant de mieux comprendre ce qui se passait alors dans la vie quotidienne du couple, de façon à dégager des informations et des stratégies d'aide utiles aux soignants. Nous avons essayé de relever le défi. Accepté, notre

projet a bénéficié d'un financement de la Ligue nationale contre le Cancer, qui nous a permis de réaliser cette thèse.

En fait, nous avons délibérément choisi de ne pas tout présenter de nos résultats. Très volumineux, ils feront l'objet de publications ultérieures. Constatant qu'il n'existait pratiquement pas, pour l'instant, de données de référence à leur opposer, nous nous sommes strictement arrêtés et limités à ce qui nous semblait scientifiquement valide, et immédiatement exploitable dans la pratique clinique, sans chercher à poursuivre dans des développements hasardeux ou purement hypothétiques. Nous espérons que, dans l'avenir, d'autres recherches nous permettront d'aller plus loin et d'aboutir à une vision plus globale et certainement plus satisfaisante.

Pour ouvrir notre réflexion, nous commencerons par présenter les principales caractéristiques du cancer de la prostate. Nous poursuivrons par une revue de la littérature afférente au couple âgé et aux problématiques psychopathologiques qui sont les siennes face au cancer de la prostate, pour terminer sur la description d'un outil d'évaluation original permettant d'aller saisir au plus près la dynamique des échanges quotidiens au sein du couple. Ensuite nous procéderons à la description de notre méthodologie, et de nos participants. Enfin, nous terminerons cette recherche en résumant de façon claire et concise nos résultats, pour les discuter et tenter de dégager leur intérêt dans la pratique clinique.

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I Cancer de la prostate

1-1 Définitions

Contrairement à la pensée commune, le cancer est loin d'être une maladie contemporaine. C'est au cours de l'antiquité que les premières esquisses le décrivant ont pu être retrouvées. Faisant suite aux papyrus descriptifs, c'est réellement le très célèbre médecin grec Hippocrate (460-370 av JC) qui décrit de façon méthodique la maladie et qui classifie les cancers qu'il eut l'occasion de traiter. Il fut le premier à nommer cette infection « carcinos » et « carcinoma » afin de décrire ces grosseurs qui semblaient être des tumeurs malignes (karkinos (grecs) : 1) crabe, 2) chancre, cancer, tumeur). Le terme latin de cancer fut, selon la légende, introduit par le médecin romain, Aulus Cornelius Celsus (25 av JC,- 50 ap JC) d'après la forme de certaines lésions cancéreuses évoquant la forme d'un crabe. Il fut, d'ailleurs, un des tout premiers, à réellement décrire différents degrés d'évolution de la maladie.

Le terme de « cancer » est donc très ancien. Cependant, il est devenu au fil du temps synonyme de souffrance et de mort. Sa connotation péjorative lui vaut d'être mis à l'écart et remplacé par un terme tout aussi ancien : l'oncologie*. Le médecin romain Galien (130-200) préféra le terme grec « Onkos » pour désigner les tumeurs malignes. Il développa des théories innovantes sur le cancer, selon lesquelles les tumeurs étaient dues à un excès « d'humeur », de bile noire, qui se solidifiait dans certaines parties du corps. Au fil des siècles naissent différentes théories et descriptions des cancers. En effet, les avancées technologiques ainsi que la révolution scientifique, se basant sur l'observation clinique des faits et le recueil de données, ont permis d'observer de réels progrès. Une compréhension plus fine du comportement des tumeurs a pu voir le jour. Ainsi, c'est grâce à ces premières explications que sont apparues d'autres théories selon lesquelles le cancer était une maladie de l'organisme. En définitive, l'innovation de notre siècle réside dans la découverte de l'atteinte de la cellule par le cancer, plus particulièrement, de son noyau, ainsi qu'une multiplication anarchique des cellules. En effet, la ligue nationale de lutte contre le cancer décrit cette affection comme suit : « *Le cancer est une maladie grave qui se traduit par une perturbation de la communication cellulaire, associée à une absence de mort cellulaire, engendrant le*

développement d'amas de cellules cancéreuses (appelés tumeurs) qui échappent aux règles du fonctionnement du corps. En se multipliant de façon anarchique, les cellules cancéreuses donnent naissance à des tumeurs de plus en plus grosses qui se développent en envahissant puis en détruisant les zones qui les entourent (les organes). Les cellules cancéreuses peuvent également essaimer à distance d'un organe pour former une nouvelle tumeur, ou circuler sous forme libre» (2007). Ces cellules se détachent et migrent dans une autre partie du corps. Ces tumeurs ainsi créées sont nommées des métastases. Non seulement il existe de nombreuses formes de cancer, ou stades, mais en plus, les tumeurs peuvent toucher toutes les parties du corps (Bouchard, Lespérance, Brisson, et Tremblay, 2005). La fréquence des cancers va en augmentant. L'explication de cette forte croissance tient au progrès médicaux et à l'utilisation du dépistage systématique.

1-2 Épidémiologie du cancer

C'est grâce au réseau Francim, soutenu par la ligue nationale de lutte contre le cancer, que nous pouvons regrouper l'ensemble des registres français des cancers. Cette étude est menée, depuis 1989, auprès de plus de 205.000 françaises et français âgés de plus de 15 ans. Les auteurs de cette recherche ont pu ainsi analyser et regrouper, à la fin 2006, des informations concernant 614 613 tumeurs. Cette étude avance que *« moins de la moitié des patients décède des conséquences directes ou indirectes de leur maladie dans les 5 ans qui suivent le diagnostic. »* (Francim, 2005, p 2 cité dans la ligue contre le cancer). Cependant, ils observent, par rapport à cette conclusion, de fortes disparités, notamment selon les pathologies. En effet, la survie relative à 5 ans est particulièrement élevée pour certains cancers tels que celui de la thyroïde, du testicule et de la lèvre (95%). Mais elle l'est beaucoup moins pour des cancers dont la localisation est plus profonde (exemple du cancer du foie et du pancréas avec moins de 10% de survie relative). Des disparités en fonction du genre sont également observées. La survie à 5 ans est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (63% contre 44%). L'alcoolisme et le tabagisme expliquent en grande partie cette différence. Enfin, l'âge des patients est aussi facteur de disparité de survie à 5 ans. Ce phénomène est la résultante de l'interaction de plusieurs phénomènes : la fragilité des sujets âgés, la maladie à un stade plus évolué au moment du diagnostic, une thérapeutique moins agressive et moins efficace, ou encore la nature même des tumeurs qui diffèrent avec l'âge. Cependant, malgré ces disparités, il a été clairement démontré qu'un dépistage précoce favorise la rémission de

nombreux cancers. Parmi les tumeurs, le cancer le plus fréquent est celui de la prostate chez les hommes âgés de 45 à 74 ans (Tableau 1) et c'est celui du sein chez les femmes (Tableau 2). Cette tranche d'âge se distingue également au niveau de la cause de mortalité qui est principalement due aux tumeurs puis aux maladies cardio-vasculaires. Ce qui diffère un tant soit peu de la tranche d'âge plus élevée, les 74 ans et plus, dont la tendance est à l'inverse. En effet, les causes de décès dans cette seconde tranche d'âge sont d'abord les maladies cardio-vasculaires, qui deviennent prépondérantes sur les décès par cancer. A l'heure actuelle et toujours selon le rapport du Haut Comité de santé publique de 2002, les cancers et les maladies cardio-vasculaires représentent les motifs d'admission en affection longue durée (ALD) les plus importants.

Tableau 1 : Fréquence et mortalité des 6 cancers les plus fréquents chez les hommes en France, (réseau Francim, 2005)

Localisation du cancer	Nombre nouveaux cas	Taux d'incidence*	Nombre de décès	Taux de mortalité*
Prostate	62245	121.2	9202	13.5
Poumon	23937	50.5	20950	42.0
Colon-Rectum	19913	37.7	8901	15.2
Lèvre-bouche-pharynx	9531	21.8	3264	7.2
Vessie	7959	14.6	3384	5.6
Lymphome non hodgkinien*	5523	12.1	2242	4.0

* taux standardisé annuel selon la population mondiale exprimé pour 100.000 personnes

Tableau 2 : Fréquence et mortalité des 6 cancers les plus fréquents chez les femmes en France, (réseau Francim, 2005)

Localisation du cancer	Nombre nouveaux cas	Taux d'incidence*	Nombre de décès	Taux de mortalité*
Sein	49814	101.5	11201	17.7
Colon-Rectum	17500	24.5	7964	8.9
Poumon	6714	12.6	5674	9.4
Corps de l'utérus	5774	10.0	1800	2.3
Thyroïde	5073	12.7	256	0.3
Lymphome non Hodgkinien*	4701	8.2	1961	2.3

* taux standardisé annuel selon la population mondiale exprimé pour 100.000 personnes

Une fois de plus, l'éloquence de ces chiffres nous montre à quel point le cancer est depuis toujours un réel problème de santé publique. Non seulement sa fréquence augmente, mais on ne peut nier son nombre croissant chez les plus de 45 ans. En effet, plus d'un cancer sur quatre survient après 75 ans. Cependant, malgré la fréquence élevée et la forte mortalité, les prises en charge des cancers auprès des personnes âgées doivent progresser et s'adapter à cette population et à ses caractéristiques spécifiques. A l'heure actuelle, la prise en charge des personnes âgées atteintes d'un cancer est desservie par l'attitude défaitiste de l'entourage. En effet, cette maladie est encore sous le joug de représentations et de stéréotypes morbides. En conséquence, le monde médical s'interroge lui aussi sur les protocoles de prise en charge thérapeutique, qui sont encore mal adaptés aux spécificités de la population âgée.

1-3 Le cancer de la prostate

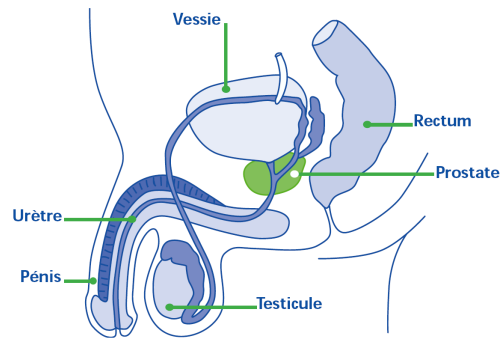
1-3-1 Point de vue médical

S'agissant du cancer de la prostate, les recherches actuelles s'accordent à dire qu'il est la troisième cause de décès par cancer chez les hommes et qu'il a l'incidence* la plus élevée. Ainsi, 62245 nouveaux cas sont dénombrés en 2005 (Ligue nationale contre le cancer).

1-3-1-1 Définition

La prostate est une glande ; elle se situe au niveau de la sortie de la vessie et entoure le canal la prolongeant : l'urètre (cf. schéma 1). On distingue deux types de tumeur de la prostate : bénigne ou maligne. Dans le premier cas, qui est, par ailleurs, le plus fréquent, on parle de l'adénome*, correspondant à une augmentation du volume du centre de la prostate. Nous pouvons observer qu'après 50 ans, près de la moitié des hommes en sont atteints. L'adénome, du fait de sa situation anatomique (cf. schéma 1), entraîne de nombreux troubles urinaires. Un traitement médicamenteux peut suffire pour le traiter, cependant une chirurgie est bien souvent nécessaire. Dans le second cas, il n'existe pas de symptôme spécifique au cancer de la prostate mais, à un stade avancé, les troubles liés au cancer peuvent être semblables à ceux provoqués par un adénome (fréquence anormale des besoins d'uriner, difficultés à émettre les urines, blocage complet ou encore douleur en urinant).

Schéma 1 : Situation anatomique de la prostate



1-3-1-2 Dépistage et diagnostic

Ce type de cancer apparaît rarement avant 40-50 ans, et la plupart des cas sont constatés entre 60 et 90 ans, l'âge moyen de détection étant de 73 ans. Ce cancer évolue très lentement, parfois pendant plus de 10 ans. En ce qui concerne son dépistage, il n'existe pas de lien formel établissant qu'un dépistage systématique dans la population générale (dosage sanguin du taux de PSA : Prostatic Specific Antigen*) diminuerait la mortalité liée au cancer de la prostate. Cependant, une prise en charge précoce permet un meilleur pronostic quant à la survie relative. Trois examens sont importants pour pouvoir diagnostiquer un cancer de la prostate :

- Le premier correspond à l'examen clinique, qui repose sur la palpation de la prostate lors d'un toucher rectal.
- Le second consiste en une prise de sang permettant d'apprécier le taux de PSA du patient (Une prostate fonctionnant normalement présente un taux de PSA de 4 nano grammes par ml). Un taux élevé n'autorise pas le diagnostic d'un cancer mais permet de suspecter un mauvais fonctionnement de la prostate. Cependant, le taux de PSA, mesuré au cours des traitements, est en général un très bon indicateur d'efficacité ou encore un outil utile de détection d'une rechute.
- Une fois le doute d'un cancer de la prostate émis, une biopsie de la prostate (prélèvement par voie rectale de fragment du tissu prostatique à l'aide d'une aiguille spécifique), s'avère nécessaire afin de pouvoir mettre en place un traitement approprié au plus vite (Trébucq et al., 2008).

1-3-1-3 Traitement du cancer de la prostate

Les traitements

De nos jours, plusieurs modalités de traitement du cancer existent. Chacune est utilisée seule ou encore en association. Les décisions thérapeutiques sont actuellement prises en fonction : de la localisation de la tumeur, de son stade, de l'âge du patient et de son état général (Kirk, 1998).

L'intervention chirurgicale contribue à guérir une proportion importante de cancer. L'acte chirurgical peut, selon les cas, consister à retirer un organe, une partie d'un organe (tumorectomie) et peut s'accompagner d'une reconstruction. La chirurgie est souvent associée à une chimiothérapie et/ou une radiothérapie. Ce traitement est bien souvent accompagné d'effets secondaires importants. En effet, 44 à 75% des patients présentent des dysfonctionnements sexuels après une prostatectomie (Matthew, et al., 2005). D'autres complications telles que des troubles urinaires sont aussi observées (Litwin et al., 1999, Scott et al., 2001, Kirschner- Hermann et Jakse, 2002, Matthew, et al., 2005).

La radiothérapie consiste à exposer les malades à des rayonnements de haute énergie (rayons X, électrons, photons) destinés à détruire les cellules cancéreuses. L'irradiation vise à détruire la tumeur en protégeant au maximum les tissus sains voisins. La sensibilité aux radiations varie selon les tissus et les différents types de cellules (Trébucq et al., 2008). Un autre type de radiothérapie voit le jour depuis quelques années : la curiethérapie. Dans cette forme, une source de rayonnement est directement implantée dans la tumeur. Les résultats sont très convaincants, cependant elle n'est applicable qu'à des tumeurs ne dépassant pas une certaine taille. Les effets secondaires de la radiothérapie sont fréquents mais s'amenuisent avec le temps. Une fatigue est également fréquente après quelques séances. Dans tous les cas, des mesures appropriées permettent d'en atténuer les désagréments. Ils varient suivant la zone irradiée et peuvent provoquer des rectites (complication au niveau du rectum). En effet, Geinitz et ses collaborateurs (2006) dans leur étude auprès de 249 patients traités par radiothérapie en Allemagne, ont montré l'impact important que ces symptômes pouvaient causer au niveau du rectum au quotidien. Des effets secondaires sont également remarqués au niveau des troubles érectiles (Jani et Hellman, 2003). Des complications intestinales ont été observées sur 2 à 30 % des patients traités par radiothérapie, des troubles urinaires auprès de 0,5 à 35 %, et, 30 à 50 % des patients présentaient des troubles sexuels (ANAES, rapport 2004). Litwin et al., 1999, ont comparé les fonctionnements et les gênes sexuelles, suite aux traitements par prostatectomie radicale et radiothérapie, auprès de 438 hommes américains

(Moyenne d'âge de 64.2 ans, E T : 7.4) à un stade précoce de la maladie. Selon eux, quel que soit le traitement, la fonction sexuelle semble s'améliorer au fil du temps, avec ou sans l'utilisation des aides érectiles. Il semblerait que les fonctions sexuelles des deux groupes s'améliorent à des taux comparables au cours de la première année, et ce malgré une activité sexuelle significativement meilleure dans le groupe traité par radiothérapie, immédiatement après le traitement. Cependant, dans la deuxième année, le groupe traité par radiothérapie a commencé à montrer une modeste mais statistiquement significative diminution des fonctions sexuelles, alors que le second groupe a continué de progresser. Cela valide l'observation clinique selon laquelle les hommes âgés sont beaucoup moins susceptibles que les jeunes hommes de retrouver leur activité sexuelle après le traitement. En particulier, des octogénaires qui reçoivent la radiothérapie, peuvent s'attendre à une baisse importante dans les relations sexuelles sans récupération apparente (Litwin et al., 1999).

Les hormonothérapies, quant à elles, agissent de façon à rendre inopérantes les hormones qui influencent la croissance d'une tumeur. Pour cela, on a recours à des antagonistes des hormones, qui agissent en se fixant sur les récepteurs hormonaux. Dès lors, les hormones ne peuvent plus agir sur la multiplication des cellules cancéreuses. L'hormonothérapie est le plus souvent associée aux autres traitements du cancer, notamment la chirurgie et la radiothérapie. On observe comme effets secondaires des bouffées de chaleur, une perte de la libido ou de la fonction érectile, une prise de poids, parfois une inflammation du foie et une ostéoporose. Ces effets sont généralement de courte et moyenne durées pour le traitement par hormonothérapie brève, utilisée le plus souvent dans les phases de démarrage du cancer de la prostate (Jani et Hellman, 2003).

La chimiothérapie a pour but de détruire les cellules cancéreuses ou de les empêcher de se multiplier par l'administration de produits toxiques pour les cellules cancéreuses. Ces produits agissent aussi sur les autres cellules de l'organisme qui se développent rapidement, et cela explique les effets secondaires de ces médicaments. Le traitement par chimiothérapie peut intervenir avant l'intervention chirurgicale ou la radiothérapie. Il est alors nommé : « néo adjuvante ». Il peut aussi intervenir après la chirurgie (chimiothérapie adjuvante), parfois de façon concomitante avec la radiothérapie. Les effets secondaires peuvent être : la fatigue, l'alopécie (calvitie, perte des cheveux), l'infection. Le risque infectieux est majeur chez le malade, c'est une grande cause de mortalité. D'autres effets font suite à ce traitement : les nausées et les vomissements, l'anorexie, la constipation, l'atteinte des muqueuses, des complications cardiaques, etc. Ces effets secondaires sont fréquents et d'intensité variable d'une personne à l'autre.

Les traitements au cours de la vieillesse

Les progrès en matière de dépistage et l'augmentation de l'espérance de vie de la population expliquent en grande partie la forte croissance du nombre de patients atteints d'un cancer de la prostate. Comme nous venons de le voir précédemment, les prises en charge médicales de ce cancer vont de l'observation à la surveillance attentive, à l'hormonothérapie et aux modalités thérapeutiques curatives. L'âge, facteur de risque* principal de ce cancer, est également considéré comme une variable de pronostic majeure dans la décision thérapeutique, aussi important que le taux de PSA et le score de Gleason (stade du cancer exprimé par un score de gravité). Dans le traitement des personnes âgées, la règle des «10ans » est de mise. Selon ce précepte, les patients, dont l'espérance de vie est limitée, ont un risque plus important de mourir d'une maladie concomitante, alors que ceux qui survivent au-delà de 10 ans ont un risque plus élevé de décès par progression du cancer de la prostate (Krahn, 2002). Selon Schwartz et ses collaborateurs (2003) les hommes de 70 et 80 ans atteints d'un cancer de la prostate localisé seront simplement surveillés, contrairement aux patients moins âgés auxquels un traitement à visée curative sera plus facilement privilégié. Or, leur étude a permis de mettre en évidence que les groupes de patients soumis à une simple observation auraient dû bénéficier d'un traitement curatif. Un traitement optimal aurait obtenu de meilleurs pronostics. Cette observation attentive a eu seulement comme conséquence des pertes en termes de résultats. Cependant, la fragilité de la personne âgée fait qu'elle est beaucoup plus susceptible de ne pas supporter des traitements dits trop agressifs. Comme nous le montre le Tableau 3 de l'étude de Jani et Hellman (2003) sur les complications après traitement d'un cancer de la prostate, chaque traitement porte son lot d'effets secondaires. Si à cela se rajoute la santé plus ou moins fragile de la personne âgée, les interrogations des oncologues face à la décision thérapeutique deviennent ainsi tout à fait compréhensibles. Ils seraient plus réticents à proposer un traitement agressif aux personnes âgées en raison des risques plus élevés d'effets secondaires à court et à long terme (Waldert et Djavan, 2006). L'équilibre et la décision thérapeutique sont ainsi sujets à controverse et posent pour les oncologues un problème majeur de santé publique.

Tableau 3 : Taux moyen de complications pour le traitement de contrôle local d'un cancer de la prostate par A. B Jani et S. Hellman, 2003.

Site	Prostatectomie	Radiothérapie à faisceau externe	Curiethérapie	Radiothérapie faisceau externe + Curiethérapie
Rectum	+	+++	+	++
Sexuel (impuissance)	+++	++	+	++
Urinaire				
-Incontinence	+++	+	+	+
- Rétention	+	+	+++	+++

Plus le nombre de + est important, plus le taux de complication augmente.

Ces effets secondaires, décrits dans le Tableau 3, nuisent particulièrement à la qualité de vie au moment du traitement de ces patients. Les traitements d'un cancer de la prostate interrogeant la notion de sexualité chez l'homme induisent des effets secondaires non seulement au niveau médical mais également au niveau psychologique. Quelle que soit la maladie, la prise en charge adaptée est un équilibre entre les avantages et les inconvénients que peut présenter chaque traitement. Plus l'âge des patients est avancé, plus il est nécessaire de penser à une prise en charge globale de la qualité de vie du patient et de son entourage (Kirk, 1998).

1-3-2 Aspects psychologiques

1-3-2-1 Cancer de la prostate et fragilité liée à l'âge

Depuis les années 80, le nombre de publications au sujet de la fragilité des personnes âgées a augmenté de façon exponentielle, passant de 36 entre 1986 et 1990 à plus de 1100 entre 2000 et le milieu de l'année 2004, puis à un peu plus de 3000 entre 2004 et aujourd'hui. À ce jour, l'approche la plus cohérente et la plus développée pour aborder le concept de fragilité a été élaborée par Fried et ses collaborateurs (2001). Dans le processus de développement d'un modèle provisoire, l'initiative canadienne sur la fragilité et le vieillissement (Bergman et al., 2004) considère que la fragilité constitue un syndrome* pouvant être identifié et dépisté chez les personnes âgées à l'aide d'une combinaison de

caractéristiques, dont les principales sont : un état de faiblesse, une faible endurance, une activité physique réduite, une vitesse de marche lente et une perte de poids involontaire. Le déclin cognitif, ainsi que les symptômes de dépression et l'isolement social, pourraient également faire partie des composantes à prendre en compte. Le vieillissement reste un phénomène hétérogène (Petit et Bouisson, in press). La multiplicité des vieillesse va à l'encontre d'un véritable consensus à propos de la notion de fragilité et continue à donner lieu à controverse (Balducci, 2007). Or, conjointement à l'augmentation de l'espérance de vie, un accroissement des maladies comorbides liées à l'âge est observé (Wymenga, Slaets and Sleijfer, 2001), ce qui est particulièrement vrai pour le cancer (Cancéropôle PACA, 2007). Selon Northouse, Templin et Mood (2001) l'âge aurait un effet direct sur l'évaluation de la maladie, que ce soit au niveau du patient, mais aussi du partenaire de vie. De nombreuses recherches sur le cancer de la prostate ont mis en évidence l'augmentation de l'anxiété et surtout de la dépression au moment du diagnostic et durant les six mois après le traitement choisi (Llorente et al., 2005, Wasan et al., 2005), avec une comorbidité importante de la dépression et des troubles anxieux chez 30 à 50% des patients (Wasan et al., 2005). Nordin, Berglund, Glimelius et Sjöden (2001) ont mis en évidence le rôle prédictif du niveau d'anxiété et de dépression, au moment du diagnostic, dans les 3 mois suivants. En conséquence, avoir des antécédents dépressifs est un facteur de vulnérabilité de dépression tout au long du traitement. D'autres recherches décrivent les symptômes dépressifs comme de bien meilleurs prédictifs de l'issue du cancer, tant en ce qui concerne la qualité de vie que le type de traitement (Monahan et al., 2007). Il a également été montré qu'une bonne qualité de vie, notamment au niveau de la dimension physique, était associée à une faible détresse psychologique (Balderson et Towell, 2003). Une étude allemande, menée auprès de 115 patients traités par chirurgie a montré que la douleur était fortement associée à une diminution de la qualité de vie et à la présence de troubles anxieux et dépressifs. Les patients douloureux présentent trois fois plus de troubles anxieux que les autres (31.3% contre 8.6%) (Gerbershagen, et al., 2008). Il a été mis en évidence, en outre, que les familles devaient être prises en compte dans le traitement du cancer de la prostate, notamment au niveau du soutien qu'elles peuvent apporter lors de l'annonce du diagnostic (Edwards et Clarke, 2004) ainsi qu'au moment de l'apparition des effets secondaires relatifs aux traitements. En effet, ceux-ci sont susceptibles d'engendrer des troubles sexuels importants pouvant nuire aux relations du couple (Kirschner-hermann et Jakse, 2002, Scott et al., 2004, Krongrad, Litwin, Lai et Lai, 1996). D'autres auteurs ont tenté de montrer les liens existants entre les difficultés psychologiques, les problèmes psychophysiologiques (du point de vue de l'insomnie et de la

fatigue) et des difficultés sexuelles, au travers de trois modalités de traitement (radiothérapie, curiethérapie et prostatectomie radicale). Un total de 861 hommes a complété une batterie de questionnaires. Les patients traités par radiothérapie ont présenté des niveaux plus élevés de dépression, d'anxiété, de fatigue et une baisse de la qualité de vie. Ces résultats soulèvent la possibilité d'une éventuelle influence des traitements du cancer de la prostate sur certains aspects et fonctionnements physiques et psychologiques (Hervouet et al., 2005).

A travers ces nombreux travaux, se reflètent les liens intimes qu'entretient la dimension physique avec la dimension psychologique. Cela suppose l'importance de prendre en considération la fragilité comme une mesure à part entière de la vulnérabilité, et particulièrement lorsqu'il s'agit des pathologies cancéreuses. Ainsi, pour les professionnels de la santé travaillant auprès des personnes âgées, la difficulté d'une définition précise et opérationnelle de la fragilité tient d'abord aux représentations très négatives qui s'attachent fréquemment à la vieillesse mais aussi au cancer.

1-3-2-2 Le cancer de la prostate face à ses représentations

« *La maladie et la sénescence donnent le sentiment que le lien qui l'unissait (le patient) aux siens est menacé (...)* » (Bellouti et Caron, 2009, p 33). En effet, dans leur recherche phénoménologique auprès de patients en soins palliatifs, âgés de 49 à 81 ans, Bellouti et Caron (2009) ont mis en exergue diverses thématiques liées aux représentations des patients dans les discours à propos de leur maladie :

- un besoin d'être considérés dans leurs dimensions humaines,
- l'importance des proches et des échanges relationnels,
- un vécu de dépendance à l'autre,
- un sentiment d'impuissance,
- etc.

Cette étude montre le rôle que peuvent prendre les représentations que se forment les patients lorsqu'ils sont confrontés à une maladie grave. Ces représentations mettent également en évidence les besoins, attentes et peurs des patients au cours de cette période difficile. En effet, les représentations, qu'elles soient liées à la vieillesse (fatigue, faiblesse, fragilité, vulnérabilité, incapacité à s'adapter au changement) (Foucart, 2003), ou encore liées au cancer (perte de cheveux, perte de poids, mort, souffrance), marquent, en définitive, une méconnaissance et une réelle angoisse de la part de l'homme de la rue. Le cancer de la prostate interroge d'autant plus qu'il fait partie des maladies touchant directement à la

sexualité. De nombreux non-dits apparaissent alors au sein du couple, qui devient vite perturbé par ce cancer. Certaines questions restent actuellement en suspens, notamment de savoir si le couple va, par exemple, pouvoir survivre à une maladie qui le touche jusque dans son intimité la plus profonde. Ou encore, si le patient va plus facilement communiquer avec son ou sa partenaire ou un médecin. Le cancer est une maladie pouvant toucher n'importe quel organe et surtout n'importe qui. A l'image de la démarche du crabe, il prolifère lentement et dévore tout sur son passage. Voilà les représentations qui dominent face à cette maladie (Hoerni et al., 1998). Dans le cadre du cancer de la prostate, qui de par sa nature touche directement le couple, il devient évident que la relation du patient et de sa conjointe va devenir centrale dans la façon dont le patient va faire face au cancer. Le cancer, notamment celui de la prostate, est porteur de fortes connotations négatives. En effet, être atteint d'un cancer revient à être pris dans le cercle infernal des stéréotypes et des représentations péjoratives liés à la terreur de la mort, la douleur, dont les effets secondaires touchent plus particulièrement la sexualité et la virilité de l'homme. La relation conjugale est ainsi prise au cœur de ces pensées populaires négatives. Le couple va devoir ajouter à ses problèmes quotidiens, liés aux traitements, ses propres représentations et interrogations mais également celles de son entourage. Tout ceci, sans espérer beaucoup d'aide d'une société qui occulte volontiers la vie sexuelle des personnes âgées et qui met en valeur l'esthétique, l'action et le dynamisme. Les hommes et les femmes de notre société doivent être jeunes, vigoureux et performants, aussi bien dans le travail que dans la vie intime. Face au cancer de la prostate, le couple âgé serait à l'opposé de ces représentations « idéales ».

Chapitre II Couple âgé, coping et cancer de la prostate

Le terme de couple a beaucoup évolué au fil du temps. En effet, il est féminin au début du 17^{ème} siècle, signifiant alors : « *mettre deux choses de même espèce ensemble* » (Nicot, *trésor de la langue*, 1606, cité dans dicofro.org). Cependant, un nouveau sens apparaît dans la 1^{ère} édition du dictionnaire de l'Académie Française de 1694, le mot couple devient alors masculin : « Il se dit aussi de deux personnes unies par amour ou par mariage ». Etymologiquement, le terme de couple dérive du latin « copulo, are, (nom : copula) » (Gaffiot, 1934), qui, à l'origine, désigne tout ce qui sert à attacher, et, par suite, tout ce qui est chaîne, lien... Du sens propre au sens figuré, il est devenu le lien qui unit l'homme et la femme. Lorsque ce lien n'a pas de valeur légale, les termes de liaison ou encore de relation, (du latin « relatio »), sont plus facilement usités. De la notion de couple émanent des obligations que chacun des membres se doivent. En effet, si l'on se réfère au droit législatif du code civil français, livre 1^{er}, Titre V, CHAPITRE VI : « Des devoirs et des droits respectifs des époux », art. 212 : « Les époux se doivent mutuellement respect, fidélité, secours et assistance. ». Dans notre civilisation occidentale, nous avons forgé un point de vue culturel du couple dans lequel la société nous demande de nous engager dans une « assistance », une « stabilité » et une vie « commune ». Ces différents concepts induisent le rôle de chacun vis-à-vis de l'autre.

2-1-Du couple jeune au couple âgé : l'histoire de la relation à deux

Du point de vue historique, le mariage « légal », dans la société romaine, n'avait lieu d'être que dans un seul but : la procréation. L'évolution des courants de pensée va produire un schisme dans la perception de la sexualité. Il faudra distinguer dorénavant plaisir et procréation. Le moyen âge a révélé l'expression de sentiments plus nobles au travers de l'amour courtois. L'homme a toujours maintenu une responsabilité prépondérante dans la relation de couple. Jusqu'à ce que certaines femmes utilisent le plaisir charnel comme un moyen discret de pouvoir politique auprès des puissants. Rappelons ici le rôle indéniable que prit la marquise de Montespan, concubine du roi Louis XIV ; ou encore Jeanne-Antoinette Lenormant d'Étiolle, née Poisson, marquise de Pompadour, célèbre favorite et intrigante de la

cour de Louis XV. L'émancipation féminine va naître, la femme ne sera plus à présent une simple génitrice aimante et dévouée, mais une actrice de sa vie au sein de la société, capable de penser et de choisir : elle devient une citoyenne. Cependant, au cours des années 50, le « devoir conjugal » est toujours un pacte tacite entre les époux, car la notion de plaisir reste encore tabou au sein même du couple et se recherche à l'extérieur. Avec le droit de vote, le 21 avril 1944, les femmes s'émancipent pour de bon, sortent de leurs cuisines et se mesurent aux hommes dans une tentative égalitaire au sein de la société. L'arrivée de la pilule au 20^{ème} siècle ainsi que le divorce par consentement mutuel vont révolutionner la vie du couple. Le couple et les familles sont remaniés par des mœurs nouvelles, admises et acceptées par la société.

Mais, avec ces nouveautés, sont abordés de nouveaux problèmes. L'étude de la relation conjugale et de ses complications devient d'actualité. Les psychologues commencent à s'intéresser à la relation conjugale et à ses complications. Ils s'appliquent à comprendre non seulement le fonctionnement d'un couple s'inscrivant dans la durée ou pas, mais encore les réactions d'un couple face à des difficultés, à sa dissolution ou au contraire à sa restructuration.

2-1-1 Le couple âgé : un détour par deux mythes fondateurs

2-1-1-1 Apollon ou Idas: le choix de Marpessa

Le Dieu Apollon, aussi beau et talentueux soit-il, ne fut pas très heureux en amour. En effet, un jour, il jette son dévolu sur Marpessa, la jeune fille aux splendides chevilles selon Homère dans l'Iliade. Malheureusement pour lui, un mortel prénommé Idas, la convoite déjà. Le père de la belle, Etolien Evénos, l'a promise à celui qui le vaincrait dans une course de char. Idas, aidé par Poséidon, reçoit un char ailé qui lui permet d'enlever la jeune fille et de la conduire à Mécène avec l'accord de son père. Mais Apollon refuse de laisser cette belle jeune femme à ce mortel et le provoque en combat singulier. Zeus, le dieu des dieux, dans un souci d'équité, intervient et propose à Marpessa de faire un choix entre ses deux prétendants. La sagesse du choix de Marpessa va rendre Apollon malheureux, car c'est son immortalité qui est rejetée. Elle sait qu'elle va vieillir et que sa jeunesse et ses charmes ne seront pas éternels. Elle va préférer Idas, qui lui donne la perspective d'une vieillesse à deux (Salles, 2003, Hamilton, 1978, Méautis, 1959).

Une dissociation émerge de ce mythe, celle de l'amour passion, d'une durée limitée, ou, de l'amour raison, partagé jusqu'aux âges les plus avancés. Idas garantit une vieillesse conjointe et une acceptation mutuelle. Apollon, quant à lui, va rester éternellement jeune et aurait rejeté tôt ou tard Marpessa, car sa beauté se fanera inévitablement. Idas ne lui promet pas une passion tumultueuse mais bien un bonheur humain que l'on peut construire au fil du temps et pour longtemps.

2-1-1-2 Philémon et Baucis : un lien éternel

L'histoire de Philémon et Baucis, un couple âgé, est particulièrement touchante. En effet, c'est la seule légende concernant la vieillesse qui est abordée par les Romains. Ovide la conte dans son ouvrage comme une légende émouvante tissée à partir d'une originalité naturelle, d'un chêne et d'un tilleul étroitement entrelacés sur une colline de Phrygie. L'histoire raconte que Jupiter (Zeus) et Mercure (Hermès) quittent l'Olympe afin de parcourir la Terre dans l'intention de se divertir. Leur destination a un objectif bien particulier, à savoir de mettre à l'épreuve l'hospitalité des Phrygiens en se déguisant en pauvres vagabonds sollicitant l'hospitalité. Après avoir été éconduits de nombreuses fois par les villageois, ils arrivent enfin aux abords d'une demeure sans prétention. C'est une simple cabane au toit de roseaux, dans laquelle Philémon et Baucis, un couple de vieillards, vont les recevoir tels des seigneurs. Dans sa divine équité, Jupiter choisit de punir ceux qui n'ont pas su offrir l'hospitalité demandée en immergeant leur demeure sous l'eau. Mais il sauve Philémon et Baucis, à qui il offre un temple orné d'or et de colonnes de marbre pour résidence. Pour les récompenser de l'accueil chaleureux dont ils ont fait preuve, Jupiter et Mercure leur octroient un souhait. Philémon répond ainsi : « *Qu'il nous soit permis d'être vos ministres et vos gardiens de ce temple. Oh ! Et puisque nous avons si longtemps vécu ensemble, ne laissez aucun de nous demeurer seul, un jour ; accordez-nous de mourir ensemble.* » (Hamilton, 1978 p131). C'est ainsi qu'un jour, arrivés à un âge très avancé, alors qu'ils se rappelaient leurs années de vie difficiles mais si heureuses, une couverture de feuilles les enroba, puis une écorce les enveloppa, « *ils n'eurent que le temps de s'écrier tendrement : « Adieu, cher compagnon », qu'ils se transformèrent en arbres* » (Hamilton, 1978 p131).

L'histoire de Philémon et Baucis nous amène au cœur d'un questionnement fréquent dans le couple âgé : que vais-je devenir si tu meurs le premier ? Achever sa vie dans la solitude après avoir vécu tant d'années au côté de l'autre est si inimaginable pour Philémon et Baucis qu'ils formulent le souhait de demeurer ensemble au lieu de demander une vie moins

difficile, la fortune ou pourquoi pas l'immortalité. Finalement, ce qui leur paraît le plus dur, ce ne sont pas les épreuves de la vie, qu'ils affrontent ensemble, mais plutôt l'idée de se retrouver l'un sans l'autre à un moment donné de leur vie.

Envisager l'avenir avec raison comme le fait Marpessa, ou encore connaître la solution afin de diminuer une angoisse comme le font Philémon et Baucis sont des exemples de pensées qui montrent le besoin de notre culture de construire à deux. La question du choix entre vieillir en restant unis jusqu'à la mort ou s'aimer dans l'éternité, se pose. Au-delà de ces représentations idéales et même si ça n'est pas le souhait de tous les couples, c'est là un questionnement existentiel qui traverse inévitablement ceux qui ont choisi, depuis longtemps, de faire leur route ensemble et qui se trouvent confrontés, du fait de la maladie, de la mort, à l'image et à l'angoisse de leur finitude.

2-1-2 Les modèles du couple au fil du temps

Nous traiterons ici de deux approches théoriques, l'une analytique et l'autre systémique, dans lesquelles l'histoire du couple est explorée autant dans sa création que dans sa durée, mais aussi au moment où celui-ci est confronté à des crises. En effet, le couple est en constante construction. Il doit se remanier face aux événements qui jalonnent son propre parcours. Ces deux courants se distinguent par leurs perceptions divergentes du couple : l'un voit l'individu au sein du couple, l'autre, le couple en tant qu'entité unifiée.

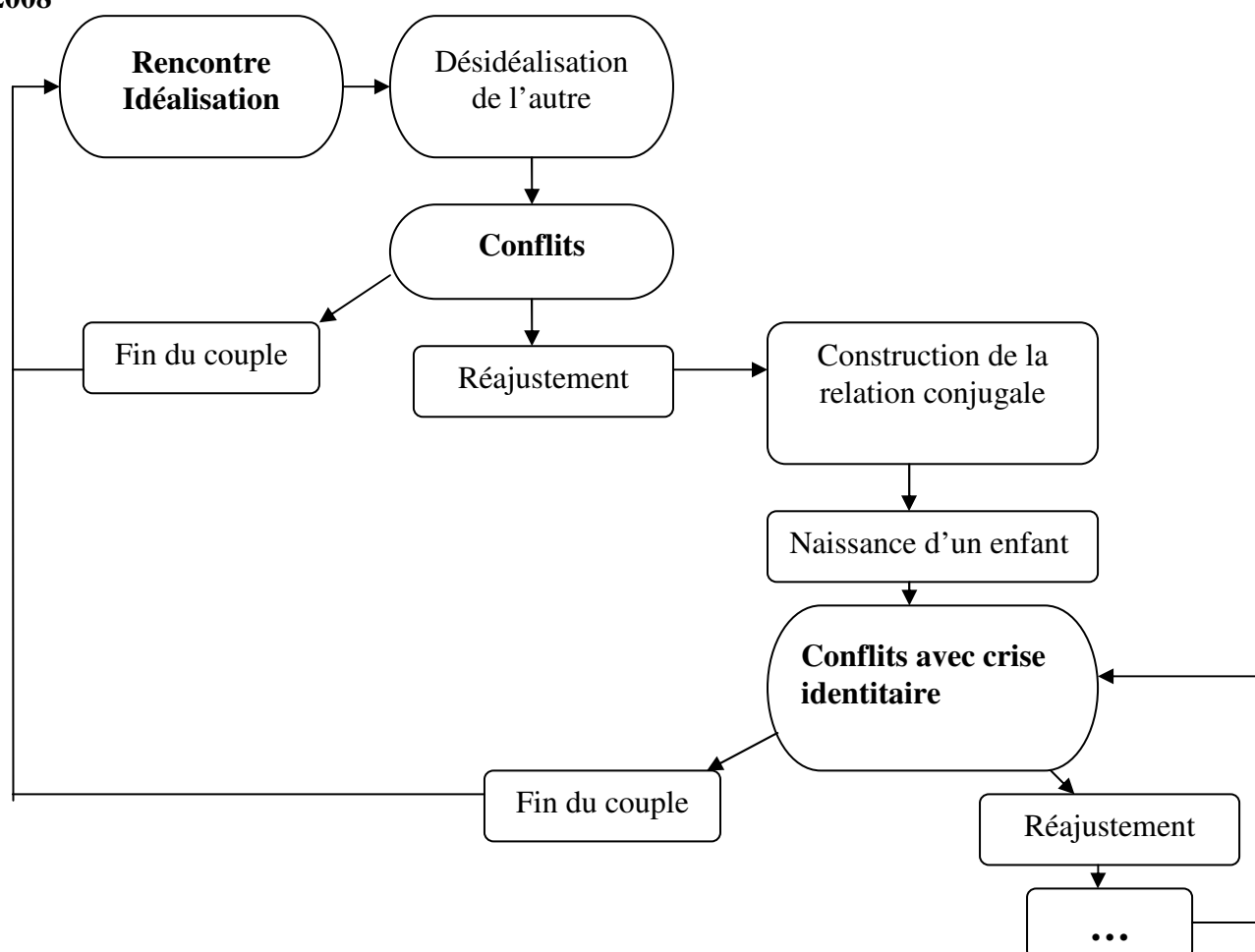
2-1-2-1 Point de vue développemental

Vivre en couple suggère la notion de projet et de durée. De manière générale, la motivation du couple se construit en fonction d'objectifs communs autour desquels les partenaires s'associent. Lorsqu'il est confronté au cancer, l'avenir des époux est menacé. Alors, face aux difficultés liées à la maladie, cette perspective commune peut s'adapter et passer d'un projet de vie et/ou d'enfants à une entreprise d'entraide mutuelle. De ce nouveau dessein émane alors la problématique commune de savoir comment surmonter ensemble ce problème. Le lien conjugal se retrouve réinvesti ou désinvesti. Ainsi, pour permettre la durée, le partenaire doit posséder des caractéristiques qui peuvent participer au renforcement de la sécurité intérieure du sujet (Dupré La tour, 2005).

Selon Dupré La tour (2005) bon nombre des difficultés de couple trouvent leurs origines dans le difficile équilibre entre la sexualité et la sécurité, selon que la balance penche d'un côté ou

de l'autre. Le cancer de la prostate atteint directement cet équilibre et provoque forcément des difficultés auxquelles le couple va être irrémédiablement confronté à partir du moment de l'annonce du diagnostic du cancer. Les événements de la vie, qu'ils soient intrinsèques au couple ou extrinsèques, se surajoutent aux crises existentielles et remettent en question les principes fondateurs de la dyade. « *La crise se situe à l'articulation de l'événement et de la structure du couple. Elle éclate à partir d'un événement et révèle la structure sous jacente du couple* » (Dupré la Tour, 2005, p44). « *Ceux qui ont affronté ensemble de grandes difficultés ont plus de chances que les autres de rester ensemble. Pas rare que les situations exceptionnelles cimentent véritablement l'union. En somme, le fait d'avoir affronté ensemble un ennemi commun peut représenter pour le couple un élixir de longue vie* » (Pasini, 1996, p37). Annie de Butler (2008) propose un modèle de la relation de couple face à l'épreuve du temps, que nous avons tenté de schématiser de la manière suivante:

Schéma 2 du modèle de l'histoire du couple à l'épreuve du temps selon Annie de Butler, 2008



Le Schéma 2 nous présente ces différentes étapes comme suit : Le couple après une phase d'idéalisation faisant suite à la rencontre des deux partenaires, va entrer dans une phase de

désidérialisation suite à laquelle un premier conflit peut naître. Deux possibilités s'offrent alors au couple : soit la rupture, soit un réajustement. Ce premier ajustement va permettre au couple de construire sa relation conjugale voire d'envisager de fonder une famille plus élargie. La naissance d'un premier enfant va obliger le couple à se réajuster face à des conflits aux cours desquels des crises identitaires de chacun des membres vont ressurgir. A partir de ce moment, deux nouvelles possibilités se présentent au couple : encore une fois la rupture ou un réajustement et ainsi de suite jusqu'à la prochaine crise. Selon cet auteur, le couple doit traverser diverses épreuves au cours de sa vie. Chacune va permettre aux individus de s'ajuster et d'apprendre à se connaître. Les conflits ne semblent donc pas négatifs à partir du moment où ils permettent à chacun des membres du couple de résoudre ses propres difficultés intérieures. C'est en les partageant avec l'autre, dans l'optique de les comprendre ensemble, qu'il sera possible d'aller vers un nouveau mode de fonctionnement pour le couple.

Les psychanalystes, quant à eux, distinguent des modèles structuraux, de base, du couple. En effet, selon Alberto Eiguer, cité dans Albernhe et Albernhe, (2008, p 123), on peut différencier :

- « Le couple normal ou névrotique ». C'est le plus usuel. Chaque membre accepte les différences de l'autre et se complémente mutuellement. La communication interne est possible et ouverte sur le monde extérieur.
- « Le couple anaclitique, ou dépendant ». Il se crée sur la peur de perte de l'autre. L'adage clé de ce couple reste « ensemble nous serons plus forts ».
- « Le couple narcissique, ou fusionnel. (...) Son existence est fondée sur le conflit et la lutte pour le pouvoir. ».

2-1-2 -2 Point de vue systémique

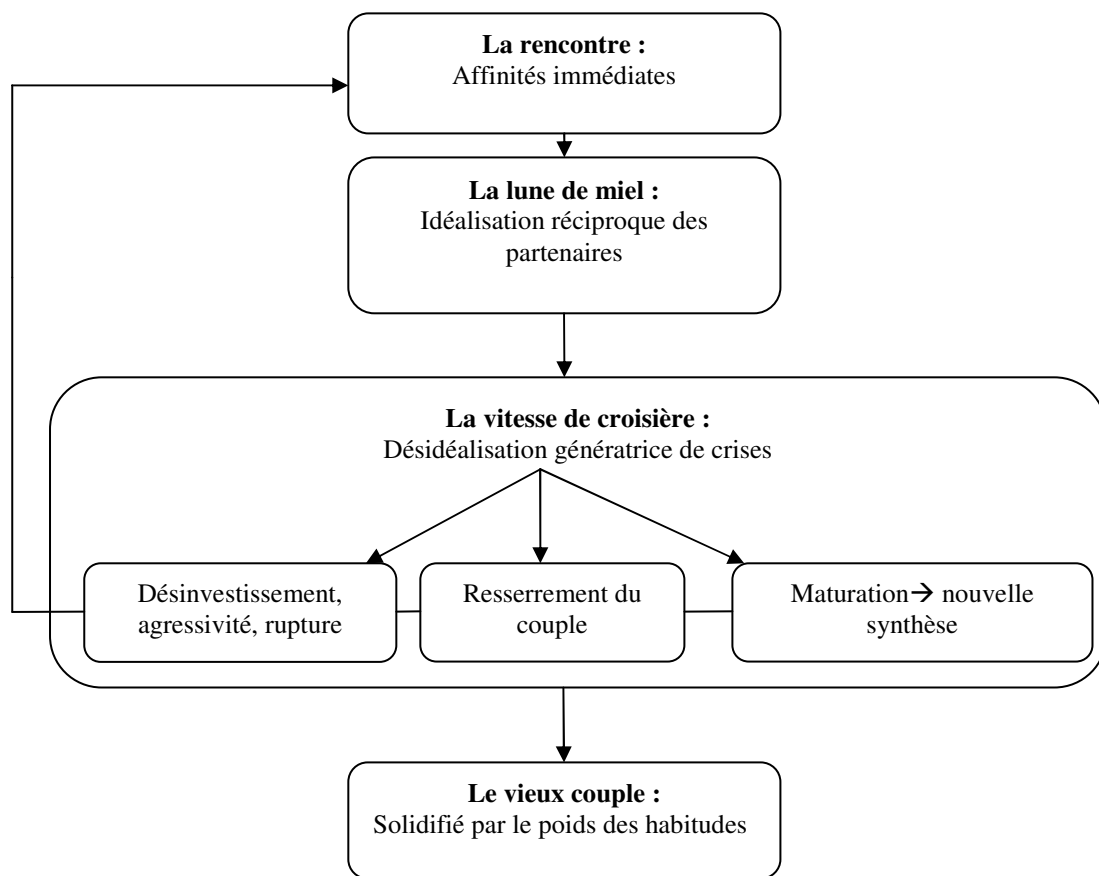
Nées aux Etats Unis dans les années 1950, les thérapies systémiques vont approcher l'individu par le groupe. A la différence de la sociologie, elles se réfèrent aux systèmes constitués par la famille. « *Les thérapies systémiques vont chercher à comprendre cet effet de « vase communicant » au sein d'une même famille.* » (Albernhe et Albernhe, 2008, p 5). C'est-à-dire, la famille va être considérée comme une entité véritable, au sein de laquelle un problème sera précédé de symptômes. Il peut s'agir du déclin psychique d'un des membres, qui va amener la famille à décliner à son tour ou, au contraire, à guérir avec lui. Chez certaines familles, les auteurs ont observé l'émergence d'un déclin d'un des membres dès lors qu'un autre guérit, ou a contrario la guérison psychologique de tous lorsqu'un seul s'améliore

(Fischer et Mendell, 1958, Haley, 1959, cité dans Albernhe et Albernhe, 2008). Différents concepts sont abordés du point de vue systémique. Celui d'homéostasie, qui nous intéresse plus particulièrement, a été proposé par Cannon (1932) : « *un équilibre dynamique d'un organisme vivant, témoin d'une activité intense dont la conséquence est le maintien d'une certaine constante biologique* » (cité dans Albernhe et Albernhe, 2008, p 41).

En psychologie, ce concept a été repris et sert à décrire un mode de fonctionnement nécessitant des changements afin de maintenir un certain niveau d'équilibre. En ce sens, nous nous rapprochons du schéma inspiré par A. de Butler (Schéma 2). Sans événement particulier, le système dyadique tend à rester stable. Cependant, lorsqu'un événement stressant surgit : « *les membres vont se retirer des relations externes dans lesquelles ils se trouvaient jusque là, pour se refermer dans le système les uns sur les autres* » (Bowen, 1978, cité dans Albernhe et Albernhe, 2008, p 70). Toujours selon Bowen, le couple, pour rétablir une stabilité après un événement stressant, va chercher un tiers, afin de s'unir à deux contre le troisième. Conséquemment, le couple va se lier dans l'optique de sauvegarder l'homéostasie. La dyade, ainsi menacée, va former une coalition. L'énergie provoquée par l'angoisse du cancer et ce qu'il peut représenter pour les membres du couple, sera retournée et réutilisée afin de faire face ensemble.

Toujours selon Albernhe et Albernhe (2008) le couple passerait, tout au long de son existence, par 3 grandes étapes décrites dans le Schéma 3. Plus précisément, le couple va se sentir, immédiatement en suivant la rencontre, dans une affinité intime instantanée. La phase de la « *lune de miel* » (p 127) correspondrait à une idéalisation réciproque des partenaires. Ensuite le couple entre dans une phase dite de désidéalisée du partenaire au cours de laquelle il va être confronté à un choix parmi trois phases critiques possibles. Cette étape de désidéalisée ne va pas automatiquement déboucher sur la rupture du couple. Au contraire, les partenaires peuvent se rapprocher dans un attachement particulier l'un à l'autre. Ou bien, ils peuvent profiter de ce moment de crise pour faire un bilan de leur union. Enfin, la dernière étape correspond à ce qu'Albernhe et Albernhe nomment le : « *vieux couple* » (p 127) c'est-à-dire un couple ayant mis en place des habitudes de vie à deux, des routines communes.

Schéma 3 de l'évolution temporelle du « groupe conjugal » d'un point de vue systémique selon Albernhé et Albernhé, 2008, p.127



Quelle que soit l'approche théorique, les auteurs s'accordent à dire que chaque membre du couple arrive avec ses propres aspirations, envies, désirs, pensées et ambitions de vie conjugale. Ces deux perceptions vont se compléter et s'ajuster l'une à l'autre afin d'en créer une nouvelle qui respectera les deux identités qui l'ont forgée. Les conflits, s'ils ne se répètent pas, permettent en définitive une réelle communication au sein du couple. Cependant, lorsqu'une maladie grave arrive à un âge avancé du couple, l'avenir jusque là serein est remis en question. Parfois la communication cesse quand le malade n'ose pas dire à son ou sa conjointe son problème de santé, et va jusqu'à « *jouer la comédie du rétablissement* » (A. de Butler, p 102). Pensant préserver l'autre, non seulement il coupe la communication mais risque d'augmenter l'angoisse de son/sa conjoint(e) en occultant la véritable question qu'ont posée avant eux Philémon et Baucis : « Vas-tu mourir avant moi ou vais-je mourir prochainement ? »

2-2 Couple et Coping : un ajustement en devenir face aux épreuves de la vie

Comme nous venons de le voir, les couples vont s'adapter aux événements qui balisent leurs vies. Pour mieux comprendre comment réagit le couple face au cancer, nous nous sommes intéressés aux processus d'adaptation à un événement stressant. Cet ajustement continu est ainsi nommé par les auteurs anglo-saxons, le « coping », traduit plus précisément par « faire face ».

2-2-1 Contexte d'apparition et définitions

2-2-1-1 L'adaptation et les mécanismes de défense : des notions proches

Avant de parler du coping, de l'anglais « to cope with », il nous faut expliquer deux notions voisines, qu'on lui oppose souvent : l'adaptation et les mécanismes de défense. Le coping découle, voire complète ces notions. Suite aux travaux de Lamarck concernant l'adaptation des individus face à leur milieu de vie, Darwin continue sur cette trajectoire théorique et introduit dans sa thèse sur la sélection naturelle, la notion d'adaptation afin d'expliquer : « *un processus dynamique de changement lié aux capacités innées ou acquises d'un organisme, d'un individu ou d'un groupe, de réagir à des agressions externes, internes, des contraintes ou des conflits* » (Fischer et Tarquinio, 2006, p115). Cependant, loin de s'opposer au coping, l'adaptation est un concept englobant de nombreux autres. En effet, il s'agit d'une notion réunissant différentes disciplines telles que la biologie, la neurophysiologie, l'étude comportementale, le psychologique, le sociologique, etc. Tandis que le coping reste très spécifique à un individu face à une situation donnée, l'adaptation réagit à toutes modifications de l'environnement et de différentes façons.

La seconde notion, bien souvent opposée à celle de coping, est celle des mécanismes de défense, introduite par Freud, puis reprise par Anna Freud, 1936. Chabrol et Callahan en parlent ainsi : « *La défense est principalement dirigée contre les pulsions, ses représentants idéatifs et fantasmatiques et les affects qui y sont liés* » (2004, p1). Ces deux processus (défense et coping), ont bien souvent été confondus ou encore opposés. En effet, les mécanismes de défense présentent des caractéristiques inconscientes et inflexibles, de plus ils ne sont opérants que par les événements qui se sont produits par le passé. Or, le coping est flexible, conscient, et ne sera activé que lorsqu'un événement récent est vécu comme

stressant. A l'heure actuelle, certains auteurs, tels que Chabrol et Callahan (2004), tentent de construire un modèle intégratif de ces deux notions, partant du principe qu'elles seraient étroitement liées. Aujourd'hui, la controverse reste encore très vive.

2-2-1-2 Le coping

Il est remarquable de constater que le coping soit apparu pour rendre compte d'un comportement et de cognitions spécifiques face à une situation donnée, en permettant de compléter de manière plus approfondie les mécanismes de défense (Chabrol et Callahan, 2004). Ils prennent souvent une allure compulsive et opèrent au moins partiellement de façon inconsciente. Les mécanismes de défense ne sont pas pathologiques, mais peuvent le devenir par excès, à partir du moment où ils dérangent la personne dans sa vie de tous les jours. Ainsi, ils se différencient du coping qui serait plus spécifique à une situation donnée. Bruchon-Schweitzer, dans son approche théorique de la psychologie de la santé, définit le processus de coping ainsi : « *Il peut s'agir de cognitions (réévaluation de la situation stressante ou des ressources disponibles, restructuration cognitive, plan d'action, etc.), d'affects (expression ou au contraire répression de la peur, de la colère, de la détresse, etc.) et de comportements (résolution de problème, recherche d'information, recherche d'aide, etc.)* » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p353).

Aujourd'hui, établir la définition précise du fonctionnement de ce comportement de « faire face » est particulièrement délicat. Depuis des années, pour mieux cerner ses caractéristiques, les auteurs ont tenté de nombreuses classifications de toutes les réponses possibles de l'individu face à une situation stressante. La tâche, bien que complexe, a mis en évidence différentes typologies englobantes. En effet, Lazarus et Folkman (1984) ont tout d'abord différencié : le coping centré sur le problème qui « *désigne l'ensemble des efforts comportementaux et cognitifs d'un individu en vue de modifier la situation dans laquelle il se trouve* » (cité dans Fischer et Tarquinio, 2006, p122) et le coping centré sur l'émotion, stratégie visant à réguler l'émotion (Chabrol et Callahan, 2004). Enfin, certains auteurs considèrent la recherche de soutien social comme pouvant être une stratégie de coping type tout à fait pertinente car elle apparaît comme l'« *effort du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui* » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p359).

La majorité de ces auteurs s'accordent à dire qu'il est très difficile de faire une taxinomie* cohérente des stratégies de coping compte tenu de la diversité des réactions possibles des sujets face à un événement vécu comme menaçant. De plus, l'efficacité des

stratégies est très difficile à évaluer. En effet, un processus peut être fonctionnel et diminuer l'anxiété d'une situation donnée, mais peut devenir inopérant pour une autre.

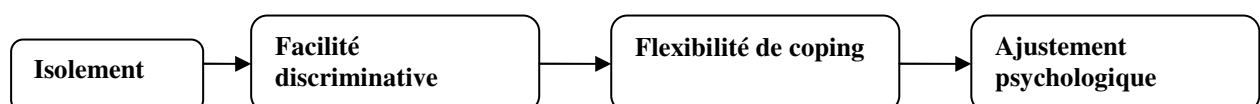
Ces différentes conceptions ont donné lieu à différents modèles. Leurs auteurs ont essayé de comprendre et d'expliquer les fonctionnements des personnes face à des événements stressants.

2-2-2 Quelques modèles de coping

2-2-2-1 Le modèle de Cheng, 2003

Cheng (2003) propose, à partir de trois études additionnelles sur les processus cognitifs auprès de la population générale, un paradigme* au sujet de la flexibilité cognitive. Dans son modèle, la facilité discriminante est proposée comme un processus cognitif et l'isolement comme un processus motivationnel sous-tendant la flexibilité cognitive (Schéma 4). Les résultats montrent que l'utilisation alternative des stratégies de coping permet une meilleure variété d'ajustement aux différentes sources de stress et un meilleur rééquilibrage émotionnel. Selon Cheng, si l'issue de l'événement stressant peut potentiellement changer, la personne va utiliser des stratégies de coping centrées sur le problème. A contrario, si l'issue de l'événement risque de ne pas se modifier, alors la personne aura plutôt tendance à utiliser du coping centré sur l'émotion. Elle observe cependant que les personnes qui s'isolent vont avoir plus de difficultés à user de la discrimination. En effet, face à de multiples événements stressants, elles mettront en place une stratégie plus familière mais qui va les bloquer sur la recherche d'une solution qui ne sera pas forcément adéquate. Un autre dénouement ne sera alors plus possible pour eux.

Schéma 4 du modèle des processus cognitifs et motivationnels sous jacent la flexibilité cognitive, Cheng, 2003 (p 432 ; 434)

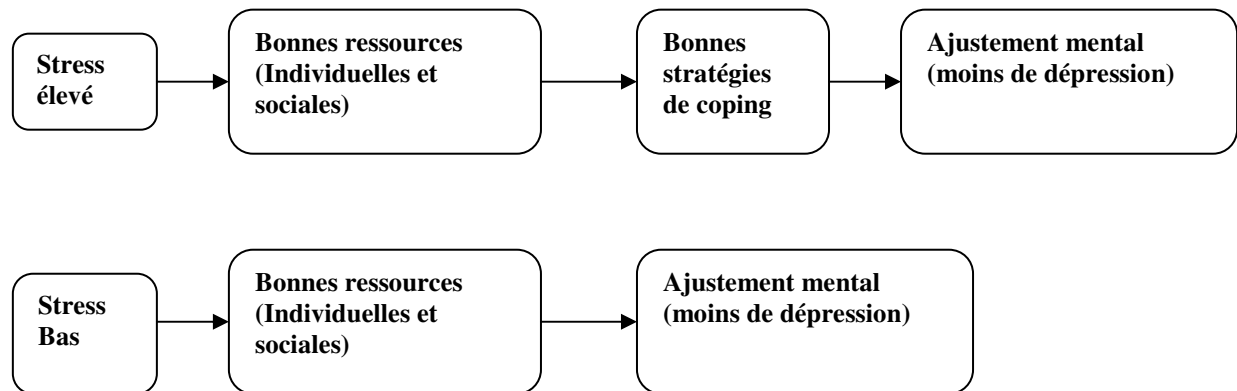


Cheng conclut que les différences individuelles dans l'établissement de la facilité discriminative sont imputables à la mesure de la motivation de l'individu à résister à l'incertitude et à la recherche d'alternative dans les moyens de faire face.

2-2-2-2 Le modèle de Holahan et Moos, 1991

Leur postulat de départ est que la dépression est la conséquence d'un ajustement psychologique défaillant. Leur modèle, présenté dans le Schéma 5, va lier les stressseurs et les ressources (individuelles et sociales) mais aussi leurs répercussions sur ce trouble psychopathologique (Chabrol et Calahan, 2004). Ils distinguent dans leur paradigme un stressseur dit : « bas » (correspondant à aucune expérience d'événements négatifs au cours d'une année), d'un stressseur nommé : « élevé » (correspondant à des expériences multiples (2 ou plus) d'événements négatifs au cours d'une année). Ainsi, selon eux, si les stressseurs sont bas ou élevés, la relation entre coping et ajustement émotionnel sera différente. Dans leur étude menée auprès de la population générale, ils montrent que les ressources personnelles et le soutien familial influencent soit directement soit indirectement le coping et par la suite sont prédictifs de dépression. Enfin, ils proposent que le coping se mettra en place à partir du moment où un stressseur est élevé.

Schéma 5 du modèle de prédiction dans une situation où le stress est relativement bas. (D'après le modèle de Holahan et Moos, 1991, dans Chabrol et Callahan, 2004, p119)



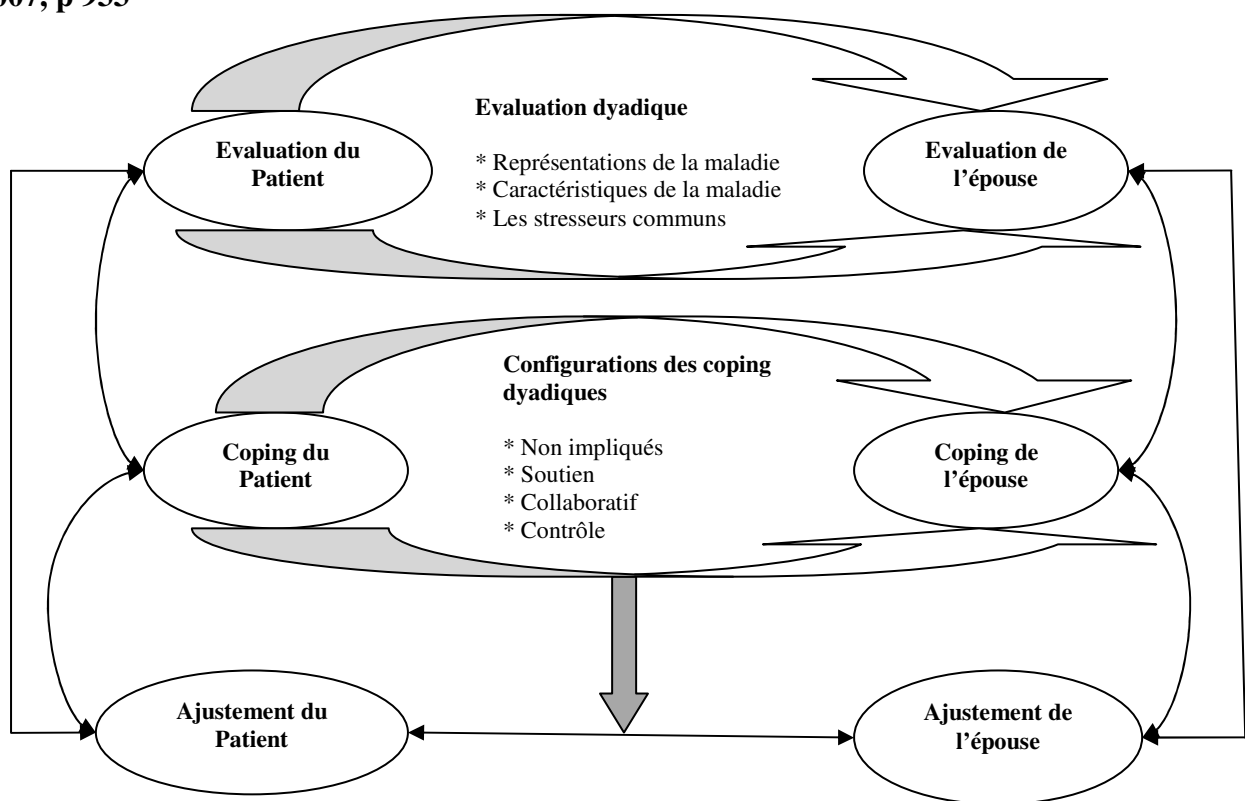
Ces résultats suggèrent que ces ressources jouent un rôle de causalité dans le maintien de la santé psychologique.

2-2-2-3 Modèle de coping développemental-contextuel du couple de Berg et Upchurch, 2007

Leur modèle est mené dans le but de découvrir de quelle façon les couples font face, ensemble, tout au long de la vie, à une maladie chronique. Ils ont fait une revue de la

littérature sur PsycInfo de 1992 à 2006 pour créer leur modèle. Leur étude a mis en évidence que les maladies chroniques affectent non seulement les patients, mais aussi leurs conjoint(e)s. L'ajustement et les stratégies de coping dyadique*, dans lesquels des influences multiples et multidirectionnelles sont impliquées, sont une partie d'un processus de transaction entre le couple et la maladie. Plus précisément, le coping de chacun des membres du couple va influencer l'ajustement de l'autre. De plus, ces ajustements émotionnels seront, à leur tour, influencés par les efforts de coping futurs. La littérature actuelle suggère, selon ces auteurs, que ces relations entre les stratégies de coping dyadiques et l'ajustement psychologique peuvent être modérées par de nombreuses autres variables.

Schéma 6 de l'évaluation dyadique, coping et ajustement du couple, Berg et Upchurch, 2007, p 933



Le Schéma 6 nous présente le modèle intégratif de l'évaluation, du coping et de l'ajustement du couple face à une situation vécue comme menaçante par Berg et al., 2007. Ce modèle décrit les liens étroits existants entre l'évaluation de la situation, les stratégies de coping et l'ajustement du patient, et ceux de l'épouse (cotés gauche et droite du Schéma 6). Les flèches circulaires centrales nous permettent de comprendre que Berg et ses collaborateurs perçoivent la dyade comme une unité face aux épreuves. En effet, l'évaluation de la situation et les coping utilisés par les patients vont être en relation avec l'évaluation et les stratégies utilisées

par les épouses et inversement. Dans leur modèle, les auteurs déterminent 4 catégories dans lesquelles ils estiment que les époux peuvent être impliqués ou impliquer l'autre dans leur propre effort de faire face à la maladie. Ils distinguent différentes configurations de styles de coping au sein du couple. Le premier, qu'ils nomment : « Uninvolved » (que nous avons traduit par : « Non impliqués ») désignerait que la personne fait face individuellement à l'événement stressant. Le style : « Soutien » correspondrait, ensuite, au soutien émotionnel et instrumental que les époux se procurent. Le style : « Collaboratif » définirait l'implication active des époux dans la résolution du problème. Enfin, le style : « Contrôle » serait celui où l'un des époux domine les actions de l'autre, en prenant en charge et en expliquant à l'autre ce qu'il doit faire (Berg et Upchurch, 2007).

Les couples âgés engagés dans un coping dyadique sont affectés par le large contexte social dans lequel ils vivent (la culture, le genre...), ainsi que des contextes environnementaux plus proches d'eux (tels que la qualité de la relation et la spécificité de la maladie chronique).

2-2-3 Coping chez les couples âgés atteints d'un cancer de la prostate

Actuellement, peu de recherches axent leur problématique autour du couple âgé et sa façon de s'ajuster au cancer de la prostate. D'ailleurs, Bouisson, souligne, à propos de la façon dont la personne âgée fait face à son propre vieillissement : « *La prise en compte de l'âge, dans les études sur le coping, se révèle être un facteur d'une telle complexité qu'il semble difficile de parvenir à une synthèse satisfaisante sur les stratégies d'ajustement du sujet âgé à son vieillissement* » (2005, p 56). Cependant, les quelques études qui se sont penchées sur le sujet commencent à nous apporter un premier éclairage sur le fonctionnement de ces couples d'un âge avancé face à la maladie grave. Kotkamp-Mothes, Slawinsky, Hindermann et Strauss, 2005, par exemple, dans leur revue de la littérature sur les patients âgés et leurs partenaires, atteints de divers cancers, ont souligné que le soutien social pouvait déclencher chez le patient l'utilisation de stratégies de coping adaptées. Les patients âgés semblent plus ambivalents dans leurs attitudes vis-à-vis du soutien social parce qu'ils se sentent gênés et dérangés dans le respect de leur autonomie. La détresse de la famille est souvent très proche de la détresse ressentie par le patient. Ils remarquent également qu'au sein des familles où la communication est ouverte, la cohésion installée et des compétences adaptatives opérantes, les patients seraient positivement incités à recourir à des coping fonctionnels. Dans la continuité de leur modèle, Berg et ses collaborateurs, 2008, ont observé que l'étape de la vieillesse est marquée par l'expérience de la maladie, celle-ci

devenant un défi à affronter pour faire face aux événements stressants. Ces défis n'affectent pas seulement les patients malades, mais également leurs épouses. Leurs résultats dégagent qu'un coping dit collaboratif (mise en commun des ressources, patients et épouses, discussions et résolutions des problèmes) serait associé à une émotion positive le même jour. Les recherches précédentes ont suggéré que les adultes âgés, lorsqu'ils rencontrent des stressors uniques, ne diffèrent pas de leurs pairs plus jeunes en ce qui concerne la perception du stress et du coping (Costa et Mac Crae, 1993). Cependant, faire face à la maladie est un véritable combat d'autant plus difficile qu'il faut y ajouter des pathologies concomitantes intrinsèques à la vieillesse.

Wooten, et al. (2007), ont montré qu'un coping centré sur l'émotion est lié positivement à des perturbations de l'humeur chez le patient traité pour un cancer de la prostate. Ils ont également montré que l'évaluation de la menace de la maladie, l'évaluation de ses propres capacités et les stratégies de coping étaient associées au degré d'expérience face aux symptômes du cancer. Plus particulièrement, les patients utiliseraient plus de coping centré sur le problème pour faire face aux dysfonctionnements urinaires. Par contre, lorsqu'ils sont confrontés à des symptômes d'ordre sexuel, ils auront plutôt tendance à utiliser des stratégies centrées sur l'émotion. Au regard des stratégies de coping individuel, les patients citent un plus grand nombre d'ajustements, que ne le font leurs épouses. La majorité des époux sont dans une acceptation stoïque de l'épreuve, contrairement à leurs femmes qui semblent employer des stratégies de coping actives (Lavery et Clarke, 1999). En effet, les patients utilisent des stratégies protectrices (évitent les discussions, nient leurs anxiétés) alors que leurs épouses sont dans la recherche d'informations (Edwards et Clarke, 2004, Lavery et Clarke, 1999). Selon Harlan et al. (2001) pour les époux et leurs femmes, une bonne perception du coping collaboratif, dans un jour donné, est associée à une émotion positive dans ce même jour. Seulement, ils remarquent que, chez les époux, l'émotion positive diminue au fur et à mesure des jours. De plus, les résultats de cette étude révèlent que l'humeur négative quotidienne des patients est aussi liée aux symptômes physiques du cancer de la prostate. Ceux-ci et leurs traitements sont une source significative de détresse et de perturbation de la qualité de vie des hommes.

Certains auteurs montrent que les épouses des patients vivant le moment du diagnostic, des traitements et des effets secondaires, apparaissent plus en détresse psychologique que les patients. Toujours selon ces auteurs, les sources de cette détresse semblent être le manque d'informations, la crainte de l'inconnu, la crainte de ce que sera le futur, la crainte des soucis relatifs aux traitements (Resendes et Mc Clorkle, 2006). Ils ont

également montré que la vieillesse est une source de détresse chez les épouses, en ce sens que les épouses plus âgées doivent déjà gérer leurs maladies chroniques en plus de celle de leur mari. Harden et al. (2002) ont montré que les épouses plus jeunes seront plus affectées par l'incontinence de leurs époux que les épouses plus âgées (cité dans Resendes et Mc Clorkle, 2006). La maladie va entraîner des restrictions dans la vie quotidienne des partenaires et les confronter à de nouvelles situations auxquelles ils ne sont pas préparés. La littérature indique l'effet du genre face au cancer. Effectivement les patientes femmes et les épouses des patients hommes font face à un fardeau plus élevé et ont plus d'expériences de détresse psychologique que les hommes (Towsley, Beck et Watkins, 2007). Dans leur revue de la littérature, Couper et al. (2006) notent que les épouses qui se centrent sur le problème développent moins de détresse, alors que celles qui présentent un ajustement moins fonctionnel (éviter, impulsivité, orientation des problèmes négatifs) manifestent plus de détresse psychologique. De plus les épouses ont besoin d'un niveau d'information plus élevé sur le traitement que les patients (Rees et al., 2003).

En définitive, selon Manne et Glassman (2000) un soutien élevé du partenaire a une incidence directe sur le fait que les patients utilisent plus de stratégies de coping dit : « positifs ». Indirectement, il provoquerait une humeur plus positive des patients. Baider, Koch, Esacson et DeNour, 1998, dans des recherches récentes, ajoutent d'ailleurs que l'adaptation à un événement stressant peut être facilitée par un soutien social élevé adéquat. Le lien marital engendre chez les patients un ajustement plus efficace face à la maladie. Les stratégies qu'ils déploient pour faire face au stresser majeur qu'est le diagnostic d'un cancer peuvent également jouer un rôle dans les troubles affectifs et émotionnels. Les hommes sont plus enclins à essayer de comprendre et à vivre le traitement, par une stratégie active de résolution de problème, et sont moins concernés par la signification de l'événement complexe et dynamique que peut représenter l'adaptation à une maladie aussi importante et grave (Love et al., 2008). De manière générale, les patients évaluant leur maladie comme un challenge plutôt qu'une menace utilisent plus facilement un coping actif (centré sur le problème) (Roesch et al., 2005). Ces auteurs ont montré que les patients qui utilisent le coping centré sur le problème et sur l'émotion sont d'une meilleure santé psychologique et physique (Roesch et al., 2005). Pour conclure, ces auteurs ont mis en évidence que la majorité de ces couples luttant contre le cancer de la prostate sont plus étroitement liés (Harden et al., 2002 cité dans Resendes et Mc Clorkle, 2006). Enfin, Lavery et Clarke montrent, quant à eux, que les couples, sortant de cette expérience, ressentent de plus en plus de respect l'un pour l'autre (1999).

Chapitre III Troubles psychopathologiques, cancer de la prostate et échantillonnage des expériences, en vie quotidienne

Face à l'impact provoqué par la maladie, chacun des membres du couple va déployer différentes stratégies de coping. Le cancer de la prostate peut, de par sa nature et les effets secondaires liés à ses traitements, induire des troubles psychopathologiques qui vont toucher le couple âgé. Une revue de la littérature va nous permettre de mieux saisir les spécificités de ces troubles dans le cadre de cette population particulière, mais également de trouver des méthodologies adaptées et efficaces.

3-1 Troubles psychopathologiques, cancer de la prostate et couple âgé

De nombreuses interrogations restent aujourd'hui en suspens en ce qui concerne la journée d'un couple âgé. En effet, on ne sait pratiquement rien de la vie de tous les jours des couples âgés confrontés à la maladie. Dès lors qu'un événement catastrophique, comme le cancer, fait irruption dans la vie du couple, les habitudes quotidiennes qui s'y sont installées sont bouleversées. Cependant on peut penser que, comme pour les autres patients face aux contraintes des soins ambulatoires, leur univers habituel se trouve particulièrement affecté (Johnson, Lauver et Lillian, 1989). Comme les autres patients victimes de cancer, leur vie quotidienne vient probablement s'emplir de craintes vis-à-vis de l'avenir et se trouve plus ou moins dégradée par divers effets secondaires des traitements (Heyman et Rosner, 1996). Si le terrain est propice à l'anxiété et à la dépression, le problème est compliqué, ici, par le fait que les symptômes de ces troubles ressemblent souvent à des pathologies courantes de la vieillesse, en nuisant au diagnostic différentiel et à la mise en place de prises en charges adaptées. Un enjeu majeur concerne donc la nécessité de savoir déterminer les particularités cliniques de la dépression et de l'anxiété chez le sujet âgé.

3-1-1 Définition de la dépression

La dépression est une entité nosologique* clairement distincte du spleen, du coup de blues ou de tout autre humeur triste épisodiquement ressentie par tout un chacun et la plupart du temps réactionnelle à des événements de vie repérables. La différence entre l'affect normal

tel que la tristesse et la maladie dépressive se situe dans « la qualité du sentiment vécu » (Hardy-Baylé, 2000, p.15). L'éprouvé dépressif est un sentiment qu'elle qualifie de douloureux, fixe et permanent. La globalité de la vie psychique est concernée. Cet état s'avère par ailleurs peu sensible aux stimulations de l'environnement (ibid.). La dépression est un état pathologique qui rompt nettement avec le fonctionnement habituel de la personne et qui engendre un fort niveau de handicap social, familial et personnel. Elle atteint le sujet dans sa globalité et l'enferme ainsi dans un nouveau mode de fonctionnement affectant d'une part l'humeur, d'autre part les modalités de l'agir et du penser, et enfin les fonctions physiologiques et somatiques. Le sentiment est pénible et la tristesse constante. Le sentiment d'impuissance, d'incapacité, l'ennui et le dégoût de vivre sont reliés par de Carvalho aux ruminations moroses et monotones (Olié, 1992). Le déprimé effectue une relecture de son histoire et de celle du monde au travers d'un prisme ne lui renvoyant qu'échec, « *ratage, impossibilité, autodévalorisation, impuissance, impasse* » (de Carvalho, cité par Olié, 1992, p.3). Par ailleurs, la dépression s'accompagne généralement d'un ralentissement psychomoteur important. L'inhibition est perceptible dans les pensées, la volonté et l'action. Il existe une pléthore de troubles somatiques dans la dépression bipolaire tels que : maux de tête, spasmes digestifs, oppression thoracique, douleur musculaire, vertiges, troubles hormonaux... Cependant les deux principaux restent les troubles du sommeil et de l'alimentation. Trop souvent les troubles somatiques, plus faciles à mettre en avant qu'une plainte psychique, viennent masquer un sentiment de honte inhérent à l'humeur dépressive.

Selon, le Manuel de Diagnostics et de Statistiques des troubles mentaux, quatrième édition (DSM IV, 1994) l'épisode dépressif majeur est défini par la présence d'au moins cinq symptômes pendant une même période d'une durée de deux semaines et il doit avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou du plaisir. Les autres symptômes concernent la perte ou le gain de poids significatif en l'absence de régime, ou l'augmentation ou la diminution de l'appétit presque tous les jours, une insomnie ou une hypersomnie presque tous les jours, une agitation ou un ralentissement psychomoteur presque tous les jours, une fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours, une diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer presque tous les jours et des pensées de mort récurrentes, des idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

3-1-1-1 La dépression chez la personne âgée

La prévalence de la dépression chez la personne âgée*

En ce qui concerne le grand âge, nous observons à nouveau une littérature peu prolifique. Tous les travaux insistent sur la difficulté à établir des classifications ou des modes de lecture faisant consensus. Toutefois, malgré ces contraintes, certains auteurs tels que Prévillé et al. (2008) au Québec, tentent d'étudier l'épidémiologie* de ce trouble sur une année. Ces résultats nous donnent un premier aperçu de l'importance de cette affection dans une population francophone. En effet, ils constatent une prévalence de 12.7% de sujets présentant des troubles psychiatriques, selon les critères du DSM IV. Parmi ces troubles, 1.1% des personnes interrogées présentent une dépression majeure, et 5.7% une dépression mineure. En France, ces taux semblent de 3% pour la dépression majeure et de 8 à 15% selon les études pour la dépression mineure (Bouisson dans LeRouzo et al., 2008). Smallbrugge et ses collaborateurs (2005) montrent une prévalence de 17.1% de dépression chez les personnes âgées vivant en maison de retraite à Amsterdam.

L'environnement de la personne d'un âge avancé est un déterminant important. En effet, les complications financières, un plus faible réseau social ou encore les problèmes de santé physique, peuvent nuire au bien-être de la personne âgée, voire même, devenir un facteur clef dans l'apparition de symptômes dépressifs (Beard et al., 2009).

Sémiologie et facteurs de risque de dépression chez la personne âgée*

Malgré les difficultés à diagnostiquer la dépression, il est important de décrire la sémiologie de cette psychopathologie. Parmi les symptômes repérés chez la personne âgée déprimée, nous observons des troubles de l'attention, une anesthésie affective, une baisse des intérêts pour soi et pour les autres, des insomnies matinales ainsi que de l'agressivité (Bouisson, 2005, Ferry et Legoués, 2008). La dépression entraîne un isolement social, une perte d'appétit et de la négligence corporelle. Elle intensifie la douleur et crée de la souffrance (Vézina et al., dans Cappeliez, Landreville et Vézina, 2000). En ce qui concerne la dysthymie, qui est, selon le DSM IV, une humeur dépressive présente tout au long de la journée « *plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans, signalée par le sujet ou observée par les autres* » (Frances et Ross, 2000, p115). Elle se caractérise par une perte d'appétit ou hyperphagie, insomnie ou hypersomnie, baisse d'énergie ou fatigue, faible estime de soi, difficultés de concentration, sentiment de perte d'espoir. Elle serait, en définitive, très présente chez les personnes âgées (LeRouzo et al., 2005, p101). Beard et al. (2009) observent

que l'augmentation des symptômes dépressifs est associée entre autre à des stresseurs de vie et à une personnalité névrotique. Certaines théories sur l'influence des contextes de voisinage sur les sources de stress collectif et individuel sont en accord avec les différences de vulnérabilité et avec les théories sociales du stress. Elles suggèrent que l'environnement peut influencer la santé psychique en augmentant la probabilité des événements stressants personnels, comme un licenciement ou un événement traumatique, et peut apporter les ressources pour faire face à ces stresseurs. La dépression peut parfois conduire au suicide. L'association entre la dépression et le risque de décès chez la personne âgée a été établie par de nombreux auteurs, notamment Holwerda et al. (2006). Ils montrent qu'il y a une augmentation de la mortalité chez l'homme âgé dépressif, mais pas chez les femmes âgées. Un autre point remarqué par les auteurs est le contraste entre tentative et suicide effectif selon les âges. En effet, on note, chez les jeunes, un suicide pour sept tentatives ratées correspondant plus à un appel à l'aide. Or, chez les personnes âgées nous sommes plus près de huit suicides pour une tentative ratée, concordant à un désir réel de mettre fin à ses jours (Fontaine, 2007). La dépression a un effet dévastateur sur les relations familiales et sociales. Nourrie par les représentations de la vieillesse, dont nous avons parlé précédemment, l'opinion de l'homme publique soutient volontiers, à tort, que la dépression fait partie intégrante de la vieillesse. La dépression peut avoir une multitude de facteurs mais, aux yeux des non spécialistes, elle est considérée comme naturelle avec l'âge. Il est « normal » de se sentir malheureux, triste et isolé quand on est vieux. Le poids des représentations se révèle dès lors que l'on s'intéresse aux troubles psychopathologiques de la personne âgée.

Dépistage et difficultés de diagnostic de la dépression chez la personne âgée

En ce qui concerne le dépistage, l'évaluation des symptômes dépressifs chez la personne âgée n'est pas une tâche aisée, dans la mesure où il y a une confusion fréquente, surtout chez les plus âgées, entre les symptômes somatiques et les symptômes de la dépression. Pour mesurer la dépression, le clinicien dispose d'échelles telles que la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale de Radloff (1977) et la Beck Depression Inventory de Beck (1961) qui sont généralement satisfaisantes (Vezina et al., 1991). Toutefois, le clinicien doit rester particulièrement vigilant lorsqu'il diagnostique une dépression. En effet, 20 à 25% des personnes âgées chez qui on constate une maladie d'Alzheimer, connaissent une rémission de leur incapacité cognitive et s'avèrent être en fait dépressives. Un diagnostic différentiel entre ces deux syndromes doit être mené afin de parer à ces erreurs de jugements

qui entraînent des prises en charge inadéquates (Vézina et al., dans Cappeliez et al., 2000) (Tableau 4).

Tableau 4 Quelques signes et symptômes pouvant être confondus ou permettant de différencier la dépression et la maladie d'Alzheimer (D'après Gallarda, 2002, p17, dans LeRouzo, 2008, p106)

Permettent de différencier		Peuvent être confondus	
Dépression	Maladie d'Alzheimer	Dépression	Maladie d'Alzheimer
-Installation assez rapide	-Installation progressive	-Trouble de l'attention	-Trouble de la -mémoire
-Symptômes transitoires	-Symptômes permanents	-Anesthésie affective	-Emoussement affectif
-Progression rapide	-Progression lente	-Baisse des intérêts	-Apathie
-Pas d'apraxie et d'agnosie	-Apraxie et agnosie	-Insomnie matinale	-Agitation et inversion du rythme veille-sommeil
-Orientation intacte	-Troubles de l'orientation		
-Sentiment de culpabilité	-Absence de culpabilité		
-Plaintes cognitives	-Pas de conscience des troubles		
-S'investit peu	-S'applique		
-Humeur dépressive domine	-Humeur labile		
-Pas envie de répondre	-Veut répondre, mais les réponses n'ont pas de sens		

3-1-1-2 La dépression et le cancer de la prostate chez le couple âgé

Croire qu'avoir un cancer est inéluctablement le prédicteur d'une dépression apparaît comme une représentation populaire courante (Newport et Nemerof, 1998, Spiegel et Giese-David, 2003). Toutefois, les signes neurovégétatifs (perte de poids, insomnie) et les signes émotionnels et cognitifs de la dépression vont être automatiquement attribués aux symptômes médicaux et aux traitements de la maladie elle-même (Mc Daniel et al., 1995). Pourtant la dépression chez les patients atteints d'un cancer de la prostate est malheureusement très courante (Spiegel et Giese-David, 2003) et bien trop souvent sous diagnostiquée et sous traitée. De plus, la prévalence de la dépression parmi les patients augmente la sévérité de la maladie et des symptômes tels que la douleur et la fatigue (Stommel et al., 2004).

Selon les études, la prévalence des troubles de l'humeur est particulièrement importante chez ces patients. En effet, 70% d'entre eux présentent de l'anxiété et de la dépression (Roth et al., 2006, Llorente et al., 2005, Wasan et al., 2005). Pirl et al. (2008) examinent le développement

de symptômes dépressifs et de la fatigue chez 52 patients atteints d'un cancer de la prostate en début de traitement d'hormonothérapie. Ils montrent que 10.4% des patients ont une faible proportion de symptômes dépressifs. Ils observent aussi les mêmes résultats pour 16.3% après un traitement de 6 mois et pour 10.4% au bout de 12 mois. En revanche, la fatigue moyenne augmente tout au long des 12 mois de traitement. Ceci peut s'expliquer par les conséquences directes du traitement, notamment de l'anémie. Cependant, ils relèvent que le niveau de fatigue et de symptômes dépressifs sont corrélés au cours de la thérapie. Ils expliquent qu'il est tout de même difficile de les différencier et de savoir si l'un est la cause de l'autre. En effet, les patients fatigués ne sont pas identifiés comme dépressifs. Pourtant ils présentent des symptômes limitant leur fonctionnement : une perte d'énergie, des troubles du sommeil, une faible concentration et du découragement. Cohen et ses collaborateurs (2001) signalent que la dépression est bien souvent associée à une augmentation des atteintes fonctionnelles et une diminution de l'optimisme quant à l'efficacité des traitements. De plus, la douleur, associée à la progression de la maladie et à une augmentation des symptômes est liée à une croissance des troubles dépressifs (Spiegel et al., 1983, 1994 cité dans Spiegel et Giese-Davis, 2003). Les troubles de l'humeur vont ainsi compliquer non seulement la façon dont le patient va faire face au cancer mais aussi son adhésion aux traitements médicaux (Spiegel et Giese-Davis, 2003). Dans leur recherche auprès de 150 patients atteints d'un cancer de la prostate, Sharpley, Bitsika et Christie (2009) montrent un lien entre la notion de perte dans les changements de la façon de vivre (notamment en ce qui concerne la réduction des performances sexuelles, l'augmentation de l'anxiété et de la dépression, la fatigue, une diminution de la libido, une déception, une perte mnésique, des troubles du sommeil, une diminution des activités). Monahan et ses collaborateurs, 2007, examinent le lien entre la dépression et le type de traitement sur la qualité de vie sur 105 patients. Ils expliquent que les symptômes dépressifs apparaissent comme de meilleurs prédicteurs de la qualité de vie de 4 à 12 mois, après les traitements, plutôt que le type de traitement par lui-même. Ils constatent également que les symptômes dépressifs élevés sont associés à une faible qualité de vie sur le plan sexuel. Les symptômes dépressifs mesurés 4 mois après le traitement prédisent significativement la qualité de vie à 4, 7 et 12 mois. En revanche, ils ne montrent aucun lien de cause à effet des types de traitements sur la qualité de vie à long terme.

Au niveau de la relation conjugale, Baider et al. (1998) constatent un effet négatif de la variable genre. En effet, les épouses sembleraient plus en détresse que leurs maris, lorsqu'elles sont aidantes (Resendes et McCorkle, 2006, Baider, et al., 1998). Cependant, là encore, très peu d'études ont réussi à évaluer de manière fine les ressentis du couple dans sa

vie quotidienne face au traitement du cancer. Or, 76% des conjointes présentent des troubles dépressifs (Cliff et al., 2000). Les études ont montré que les épouses sont plus en détresse psychologique et présentent un niveau de dépression significativement supérieur aux patients (au moment du diagnostic). Une différence quant à la perception de la vie conjugale est également remarquée. En effet, les épouses perçoivent leur vie sexuelle comme satisfaisante, contrairement aux patients (Soloway, Soloway, Kim, et Kava, 2005, Baider et al., 1998). D'autres études estiment que plus la communication conjugale est fréquente, moins il y a de troubles dépressifs, mais aucun lien de causalité n'a été encore montré (Normand, 2004). Selon Soloway et al., 2005, les épouses sont significativement plus dépressives que les patients. Elles développent aussi des troubles anxieux et ressentent des tensions.

Il est intéressant de noter la proportion élevée de couples, dont le patient est atteint d'un cancer de la prostate, présentant une forte comorbidité de troubles anxio-dépressifs (Hervouet et al., 2005). En effet, cliniquement, un niveau d'anxiété important est bien souvent associé à un état dépressif. Dans une perspective phénoménologique, le sujet anxieux craint autant l'avenir que le déprimé regrette le passé. Pour certains auteurs, il existerait un continuum entre ces deux syndromes (Besançon, 1993). Cependant, il reste à confirmer plus directement ce point par des études appropriées (ibid.). Au regard de la littérature internationale actuelle, on constate que la dépression est un vrai problème de santé publique. Cependant en ce qui concerne la dépression de la personne âgée, des études sont nécessaires afin de mieux cerner les manifestations concrètes de cette pathologie dans cette tranche d'âge.

3-1-2 Définition de l'anxiété

L'anxiété, terme regroupant le registre somatique et psychique de l'angoisse, est définie comme étant un : « *Etat émotionnel de tension nerveuse et de peur, fortes et souvent mal différenciées* » (Bloch et al., 2002, p73). Elle renvoie également à un trait de personnalité du sujet, à savoir une « *prédisposition d'une personne aux états anxieux (ou anxiété trait)* » (Bloch et al., 2002, p73). Les termes de crainte et de peur sont réservés aux états dans lesquels le sujet distingue cognitivement les déclencheurs, c'est-à-dire les causes. Lorsque l'objet ou le déclencheur n'est pas différencié cognitivement, il s'agira d'anxiété. Cependant, de nombreuses réactions anxieuses face aux sources de stress sont considérées comme tout à fait normales. Elles peuvent même avoir un effet protecteur pour la personne en l'aidant à mettre en place des stratégies visant à se défendre de manière efficace lorsque la menace est grande. Toujours est-il que l'anxiété peut devenir pathologique dès lors qu'elle devient excessive et

durable et qu'elle tend à nuire aux activités de la vie quotidienne de la personne. Elle contient des composantes comportementales multiples au cours desquelles le sujet aura son action inhibée et sera dans des situations d'évitement de la menace. Les composantes cognitives vont plutôt le contraindre à sous-estimer ses capacités réelles, ce qui l'engagera vers des affects plutôt négatifs. Au paroxysme de l'état anxieux, il y a une possibilité de vivre des expériences de dépersonnalisation (impression de perdre son identité) et de déréalisation (perte de l'intensité avec le monde environnant habituel) (Bouisson, 2005).

Très fréquente, l'anxiété n'est cependant pas spécifique à un état particulier mais, peut se manifester dans de très nombreux troubles organiques et psychopathologiques (Passerieux, 2000). Les termes d'angoisse et d'anxiété sont distincts. Toutefois, dans le langage courant, la tendance est d'utiliser celui d'angoisse lorsque nous parlons d'anxiété sévère. En psychiatrie, le terme d'angoisse est un : « *ensemble de sentiments et de phénomènes affectifs, caractérisé par une sensation interne d'oppression et de resserrement et par la crainte réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou d'une grande souffrance devant lesquels on se sent à la fois démuni et totalement impuissant à se défendre* » (Bloch et al., 2002, p 67). La distinction entre angoisse et anxiété tend à s'effacer de plus en plus.

Dans sa première théorie analytique, Freud explique que l'angoisse correspond à un excédent énergétique, une tension corporelle face à une situation de trauma, c'est-à-dire une angoisse face à un danger réel (Freud, 1905). Cependant dans sa seconde théorie « Inhibition, symptôme et angoisse », en 1926, il explique l'angoisse comme une réponse à un signal de danger formulé par le Moi du sujet. L'équilibre psychique va être menacé (soit par une limite au plaisir ou par un interdit par exemple). Freud distingue donc deux types d'angoisses : l'une automatique, produite suite à une situation traumatisante, et la seconde, dite « signal », qui sera générée par le Moi du sujet avant l'arrivée du danger (Ferry et Legoués, 2003). Si nous appliquons les critères diagnostiques internationaux en vigueur (DSM-IV, 1994), l'anxiété chez la personne âgée pourrait se décliner en sept syndromes distincts : les troubles paniques, l'agoraphobie, les phobies spécifiques et sociales, les troubles obsessionnels compulsifs, les états de stress post traumatique, l'anxiété généralisée et les troubles anxieux.

3-1-2-1 L'anxiété chez la personne âgée

Prévalence des troubles anxieux chez la personne âgée

Olivera et ses collaborateurs (2008) observent la prévalence des troubles psychiatriques dans la population âgée espagnole. Le trouble anxieux est le plus prévalent

(15.7%) après les déficits cognitifs (16.4%) et avant la dépression (14.3%). Les femmes semblent présenter plus de troubles psychopathologiques que les hommes (58.7% vs 34%) (Teachman, 2006).

Préville, 2008, dans une population francophone, au Québec, parle d'une prévalence de 5.6% des personnes interrogées présentant des troubles anxieux. Ces troubles seraient les plus fréquents chez les personnes âgées avec des prévalences allant jusqu'à 4.8% (Bouisson dans LeRouzo, et al., 2005). Parmi ces psychopathologies, les phobies spécifiques, 2%, puis l'agoraphobie avec 1.4%. Lorsqu'elle est très sévère, celle-ci peut entraîner la personne à ne plus sortir de chez elle. Or nous savons déjà que la personne âgée vit sur un terrain favorable à l'émergence d'un isolement environnemental et social. Nous pouvons penser, par ailleurs, que cette maladie est potentiellement sous estimée chez les personnes âgées de plus de 80 ans car celles-ci restreignent « *naturellement* » leurs activités parce qu'elles se sentent malades, ou fatiguées » (Bouisson dans LeRouzo, 2008, p 96). En 2004, Ritchie et ses collaborateurs étudient les prévalences de ces troubles anxieux chez les personnes âgées françaises. Ils montrent que l'agoraphobie et les phobies spécifiques correspondent à une prévalence de 10.1%, puis qu'ensuite viennent les troubles anxieux généralisés (GAD) avec 4.6%. Enfin, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) et les troubles paniques correspondent respectivement à 0.5 et 0.3%. En accord avec la littérature actuelle, ils mettent également en évidence une différence au niveau du genre, à savoir que les femmes présentent plus de troubles anxieux et dépressifs que les hommes qui, eux, signalent plus de manies et de TOC. Plus la personne approche de la fin de vie, plus elle aura des contraintes liées à sa santé et à une perte de ses capacités. Des limitations de ressources associées à des besoins compensatoires deviennent plus évidentes à un âge avancé (Freund et Baltes, 1998). Parfois, cependant, les troubles prennent le pas sur l'environnement psychique de la personne, elle devient incapable de faire face aux stressors.

Sémiologie des troubles anxieux chez la personne âgée

A l'image de l'ensemble des troubles psychopathologiques, l'anxiété est très peu étudiée chez la personne âgée (Bouisson, 2005). Cependant, quelques auteurs ont mis en évidence que l'anxiété augmente le risque d'incapacités physiques, de troubles mnésiques et une diminution de la qualité de vie. Plus de 90% de ces patients présentent également des symptômes liés à d'autres troubles psychologiques et de santé tels que la dépression, les troubles bipolaires, etc. (Harvard Medical School, 2009). Les personnes âgées sont plus facilement touchées par ces psychopathologies car elles rencontrent plus facilement des

stresseurs (la perte du conjoint, une maladie physique) qui peuvent éventuellement devenir des contextes facilitateurs à la survenue de l'anxiété.

Traditionnellement, l'anxiété chez les personnes âgées a été associée à des pertes, aux deuils, à l'augmentation de la dépendance envers les autres, à l'isolement, aux problèmes de santé et à l'approche de la mort (Bouchard et Rivière, dans Cappeliez et al., 2005).

Parmi les sept syndromes proposés par le DSM-IV (1994), l'agoraphobie, les phobies spécifiques et les troubles anxieux généralisés sont les plus étudiés chez la personne âgée.

L'agoraphobie correspond à l'anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il est difficile (voire gênant) de s'échapper ou dans lesquelles nous ne pouvons pas trouver de secours en cas d'attaque de panique. Il est intéressant de noter que ces troubles peuvent diminuer, voire disparaître lorsque les sujets agoraphobiques sont accompagnés de personnes qui leur sont familières. Comme ce peut être le cas de la personne âgée, fréquemment dépendante de son entourage, on peut comprendre que certains auteurs s'interrogent sur la réelle prévalence de l'agoraphobie dans la population âgée (LeRouzo et al., 2008).

Les phobies spécifiques se caractérisent par une peur persistante et intense à la propriété irraisonnée, déclenchées par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique.

L'anxiété généralisée se manifeste par des préoccupations difficiles à contrôler, voire, incontrôlables. Elle se caractérise par de l'agitation, de la surexcitation, de la fatigabilité, des troubles de la concentration, de l'irritabilité, des tensions musculaires et des troubles du sommeil. Elle provoque la souffrance du patient, une altération sociale et professionnelle significative.

Comorbidité entre l'anxiété et de la dépression chez la personne âgée

Selon Smallbrugge et al. (2005) la comorbidité des troubles anxieux et dépressifs est plus importante dans les cas sévères de dépression et d'anxiété. Selon la classification du DSM IV (1994) la dépression et l'anxiété sont des formes distinctes de la psychopathologie. Cependant, cette classification type est très controversée. Dans les recherches auprès des personnes âgées, il a été conclu récemment qu'une nouvelle classification des dimensions de la dépression et de l'anxiété devait être plus appropriée pour cette catégorie de la population. Cette réflexion s'est basée sur l'observation de la dépression, de l'anxiété, et de la comorbidité de ces deux troubles. Smallbrugge et al. (2005) ont regardé également les facteurs de risque qu'ils ont en commun, notamment que la sévérité des troubles augmente

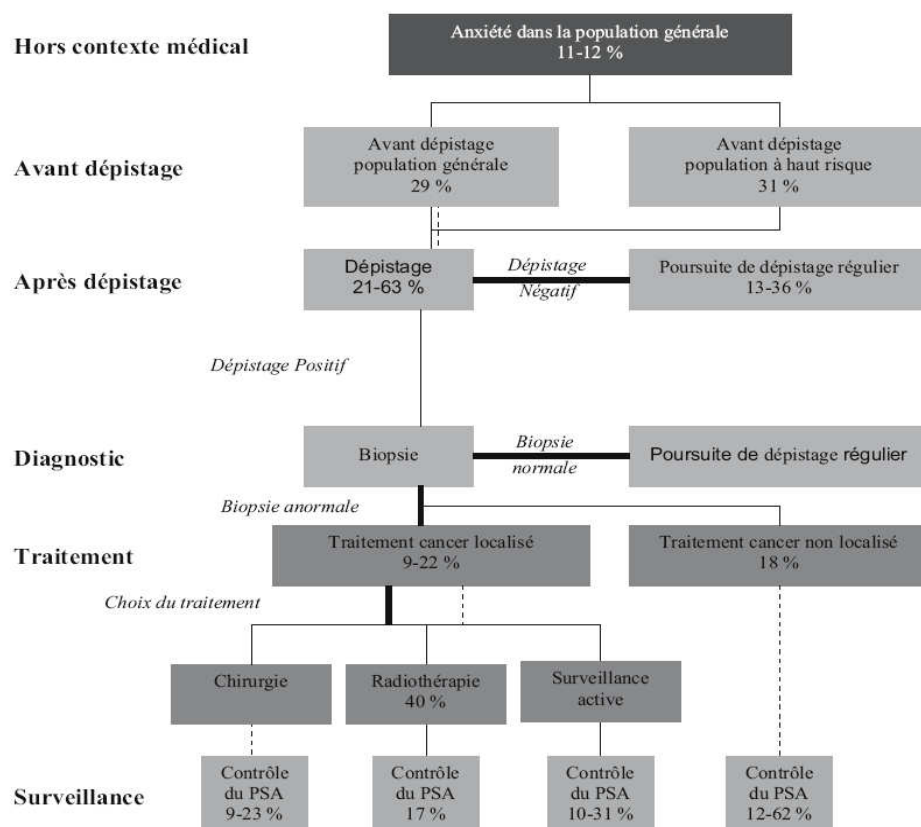
leurs degrés de comorbidité. Selon leur collecte de données sur l'étude AGED, Amsterdam Groningen Elderly Depression, la prévalence de tout type de dépression est de 22.2%. La prévalence comorbide anxio-dépressive présente chez les personnes âgées interrogées est de 5.1% des cas (Smallbrugge et al., 2005). Selon certains auteurs, il existe également une comorbidité importante entre la sévérité des GAD et l'évaluation des symptômes anxieux ($r = .36$) et des symptômes dépressifs ($r = .40$), ce qui suggère que les patients avec un GAD ont des troubles de l'humeur comorbides (Hopko et al., 2000). Selon ces auteurs, la sévérité d'un trouble anxieux généralisé peut être prédite par la mesure des symptômes dépressifs (ibid.). Ainsi la prévalence des symptômes dépressifs est le meilleur prédicteur de la sévérité d'un GAD chez la personne âgée (Hopko et al., 2000). Ce qui semble en accord avec la littérature actuelle, qui suggère qu'un haut niveau de troubles anxieux est associé à des troubles dépressifs secondaires. Stanley et al. (2003) expliquent que la sévérité de l'inquiétude, des symptômes dépressifs, des troubles du sommeil et de la qualité de vie sont tous diminués dans le groupe présentant des troubles anxieux généralisés plutôt que dans celui sans troubles psychiatriques. Préville et ses collaborateurs (2008), quant à eux, mettent en évidence, parmi les dépressions mineures observées (prévalence de 5.7%) et les troubles anxieux les plus fréquents chez la population âgée, une forte comorbidité de 4.3% avec la phobie spécifique, et, 4.3% avec les troubles anxieux généralisés.

3-1-2-2 L'anxiété et le cancer de la prostate chez le couple âgé

Hervouet et ses collaborateurs (2005) dans leur étude sur 861 patients atteints du cancer de la prostate, observent que les patients qui reçoivent la radiothérapie comme traitement ont un plus haut niveau de dépression, d'anxiété, de fatigue et une plus faible qualité de vie. Ils montrent que les difficultés sexuelles représentent le problème le plus fréquent (70.5%), puis les insomnies (31.9%), les troubles anxieux (25.7%) et pour finir les troubles dépressifs (17%). Ils montrent également que les patients traités par radiothérapie ont un niveau de dépression (21%) et de fatigue (24%) élevé, comparés aux patients traités par prostatectomie (dépression 12%, anxiété 13%). Nordin et al. (2001) dans leur étude auprès de 527 patients traités, montrent que les niveaux d'anxiété et de dépression au moment du diagnostic sont les meilleurs prédicteurs du niveau de dépression et d'anxiété 6 mois après. Selon eux, le diagnostic du cancer est vécu comme un événement tellement stressant, que les sujets ayant un passé de dépression réagissent avec un niveau bien plus élevé. Balderson et Towel, 2003, cherchent à connaître la prévalence de la détresse psychologique chez les

patients atteints d'un cancer de la prostate et les facteurs prédictifs de cette détresse psychologique auprès de 94 patients traités pour un cancer de la prostate. Selon eux, après une batterie complète de questionnaires, 38% des patients présentent une détresse psychologique du point de vue de la dépression et de l'anxiété. Les prédicteurs de cette détresse seraient : un faible entourage social et familial, un faible bien-être physique et fonctionnel. Les patients sont moyennement plus anxieux qu'ils ne sont dépressifs. Ils observent également qu'une bonne qualité de vie au niveau de la dimension physique est associée à moins de détresse psychologique. Love et al. (2008) dans leur étude sur 169 patients, dont l'objectif était d'examiner les différences psychosociales selon un cancer de la prostate avancé ou débutant, observent des troubles anxieux faiblement supérieurs à la population générale. Lafaye et al. (2007) ont montré dans leur étude que les conjointes semblent plus anxieuses et dépressives que les patients, et présentent une moins bonne qualité de vie malgré une diminution de celle-ci observée tout au long du traitement.

Schéma 7 des taux de patients anxieux aux différents temps de la prise en charge selon Dale et al., 2005 dans Bouregba et May-Levi, 2007, p164.



Le Schéma 7 présente les temps différents de prises en charge d'un cancer de la prostate auxquelles est confronté un patient. Nous pouvons observer qu'à chacune de ces périodes, un

nombre important de patients va vivre un épisode anxieux. Selon Dale et ses collaborateurs, 2005, le moment du dépistage augmente l'anxiété de façon exponentielle en passant de 31% dans une population à haut risque et pouvant aller jusqu'à 63% des patients. Une fois le dépistage positif et après la confirmation par le diagnostic (Biopsie anormale), 9 à 22% des patients présentent un taux d'anxiété élevé. Enfin, on note une augmentation très élevée du nombre de patients manifestant des troubles anxieux lorsqu'ils vivent un traitement par radiothérapie, contrairement à la chirurgie ou la surveillance active dont le taux ne semble pas plus important que dans la population générale. Enfin, ces auteurs mettent en évidence l'anxiété générée par le contrôle régulier du taux de PSA dans le cadre de la surveillance après traitement (dans Bouregba et May-Levin, 2007). Rosenfeld, Roth, Gandhi et Penson (2004) analysent la relation entre les stades de cancer et la qualité de vie en incluant les mesures de bien-être physique et psychologique chez 341 patients atteints d'un cancer de la prostate (cancer localisé, avancé et métastatique). Leurs résultats mettent en exergue que les stades de la maladie sont associés significativement au bien-être physique, fonctionnel et social. Cependant, ils n'observent pas d'association entre les stades du cancer et les symptômes de dépression et d'anxiété. Ils concluent qu'un stade élevé de la maladie est associé à une faible qualité de vie. Néanmoins, Sharpley et Christie (2007) établissent que le niveau moyen d'anxiété et de dépression diminue à partir du diagnostic jusqu'à deux ans après. Ils observent donc une diminution de 20% à 12 % pour l'anxiété et de 24% à 12% pour la dépression. De plus, Gore, Krupsky et Kwan (2005) expliquent à partir de leur étude que vivre à deux a un effet positif sur l'issue de la qualité de vie au niveau de l'anxiété. De même qu'en ce qui concerne la dépression, les recherches actuelles sur l'anxiété, bien qu'elles nous aient permis d'avancer sur sa mesure, sa compréhension et la distinction de ces syndromes, ne distinguent toujours pas de manière claire la subtilité de la dynamique des ressentis émotionnels vécus par les personnes âgées.

Bien que les travaux soient en train de se multiplier pour confirmer la forte prévalence de l'anxiété et de la dépression dans la population des personnes âgées, d'une part auprès des patients atteints d'un cancer et d'autre part sur l'influence importante qu'ont les styles de coping sur le bien être psychologique, les recherches dans ce domaine sont limitées par des barrières méthodologiques depuis longtemps. Concernant les thématiques abordées jusqu'à présent, les mesures ne nous paraissent n'être qu'une photographie d'un souvenir du parcours de santé vécu par le patient et son épouse. C'est ce qui nous a motivé à aller vers une nouvelle méthodologie. Jusqu'à présent, les outils utilisés dans le cadre de l'évaluation des mécanismes

psychologiques ne permettaient aux participants de répondre qu'à partir du rappel de leur vie sur une semaine, voire sur des mois sans prendre en considération la vie de tous les jours de la personne. Une solution partielle à ces limites concerne l'application des nouvelles technologies pour faciliter l'évaluation des phénomènes instantanés au moment où les sujets les vivent. Cette méthodologie, qui a l'avantage de ne pas être ressentie comme invasive et de ne pas aggraver la personne âgée dans son quotidien, nous permet également de limiter les biais rétrospectifs et de recueillir les informations et les ressentis psychologiques des participants, au plus près de leur vécu émotionnel quotidien.

3-2 Vie quotidienne et échantillonnage des expériences (ESM)

3-2-1 Définition et historique de la méthode

L'équipe de recherche de l'université de Chicago, 1975, est la première à utiliser les blocs d'auto-questionnaires, sous le nom d'« Experience sampling method » (ESM), que nous pouvons traduire en français par : « la méthode des échantillonnages des expériences » (Csikszentmihalyi et Larson, 1987). L'ESM est la collecte d'informations sur le contenu et le contexte de la vie quotidienne des individus. Elle tente de fournir un instrument valide pour décrire les variations et les fluctuations des processus mentaux. L'objectif général de cet instrument est d'étudier l'expérience subjective des individus en interaction avec leur environnement naturel et ainsi d'assurer une validité écologique. La nécessité de faire appel à une telle approche vient de l'insatisfaction de nombreuses autres recherches, sur les comportements et les expériences quotidiennes, qui utilisaient des informations rétrospectives. En effet, ce type d'évaluation est connu pour entraîner des erreurs dans les mesures. Cet outil est conçu à partir de deux approches théoriques : la psychologie et les sciences sociales. Ces deux courants de pensées réunissent leur propre méthodologie. Plus précisément, la division en temps des activités de tous les jours, (« time budgets »), et la mesure des réactions psychologiques lors des activités et des expériences de vie quotidienne (Csikszentmihalyi et Larson, 1987).

Les méthodes écologiques d'évaluation momentanée (telle que l'ESM) se distinguent par différents types d'outils de mesures (Cain, Depp et Jeste, 2009): 1. Les journaux quotidiens : il s'agit d'évaluation une fois par jour ; 2. L'échantillonnage des expériences : il s'agit d'un questionnaire proposé plusieurs fois à heure fixe dans la journée ; 3.

L'échantillonnage des événements de base : il s'agit d'une autoévaluation sollicitée au moment où la variable qui est évaluée se met en place (exemple : les activités physiques (Bolger et al., 2003 cité par Cain, Depp et Jeste, 2009). Toutes les mesures sont confrontées, d'une part aux caractéristiques du participant (telles que son âge, ses aptitudes physiques, son éveil psychologique, ses diagnostics médicaux), et, d'autre part, à la situation vécue par la personne et à sa satisfaction (le challenge du travail, la dynamique d'une conversation avec des amis). Le but de cette méthodologie est d'être, autant que possible, objective par rapport aux phénomènes subjectifs, sans compromettre la signification essentielle de l'expérience des personnes. A l'instar d'autres instruments, l'ESM peut permettre d'affiner les mesures sur les fréquences et les conditions de toutes les expériences vécues par les sujets, (interactions sociales, changement de lieu, d'activités, perturbation de l'humeur, etc.) (DeVries, 1987). Cette méthode permet aussi d'avoir un plus grand degré d'immédiateté dans la réponse. Les questions, ouvertes ou fermées, dépendent de l'intérêt et des objectifs des chercheurs. Certaines, cependant, restent communes à toutes les recherches, notamment celles sur l'environnement physique (Où êtes vous ?), le contexte social (Avec qui ?), les activités (Que faites vous ?), les pensées, les sensations et les autoévaluations des fonctions cognitives et motivationnelles. L'ESM combine la validité écologique des observations comportementales, avec la nature non intrusive du journal de bord et la précision des mesures par questionnaire.

La procédure consiste en de multiples évaluations pouvant aller, dans la plupart des études ESM, de 7 à 10 signaux par jours durant 7 jours consécutifs (Csikszentmialyi et Larson, 1987, p528). Cependant, le choix du nombre de sonneries dépendra des objectifs de la recherche. La durée entre le remplissage des questionnaires et le temps de chaque évaluation dépend du domaine et des objectifs de l'investigation. Avant de commencer l'expérience, les participants reçoivent des instructions sur l'utilisation de la méthode et la façon de les compléter (Csikszentmialyi et Larson, 1987, Hektner, Schmidt et Csikszentmialyi, 2007). Les délais de réponse sont sujets à des variations établies en relation avec les activités des personnes. Pour minimiser les biais et augmenter la validité de la méthode ESM, les formats de réponses sont construits sous forme de techniques psychométriques valides : des échelles de types likert (DeVries, 1987). Le choix de prendre une montre, un palm ou un mini-ordinateur, pour le signal, va dépendre du groupe de sujets de l'étude. Par exemple, un mini ordinateur* qui vibre semble plus pratique pour des adolescents qui passent une grande partie de la journée en classe. La sonnerie d'une montre semblera un choix plus judicieux et moins agressif pour des personnes âgées. L'ESM présente le désavantage de n'être possible qu'à la condition de la sincérité des réponses des participants et de leurs efforts (Meners, Gloms et

Hulin, 2001). Csikszentmialyi et Larson (1987) appellent : « l'alliance de la recherche » une sorte de contrat moral entre l'équipe de l'étude et le sujet. Dans cet accord, la personne, après avoir reçu les objectifs et les conditions de passation, est informée que sa motivation au remplissage dépend de son acceptation à tolérer la répétition du même questionnaire, plusieurs fois dans une journée. Stone et al. (2003) comparent la compliance à compléter les questionnaires selon la version papier ou la version électronique auprès d'une population américaine. Ils font le constat que 32% des questionnaires sont remplis dans la version papier, parmi lesquels 90% sont entiers. Dans la version électronique, ils relèvent 94% de dossiers complets chez les patients atteints de douleurs chroniques.

3-2-2 Validité psychométrique* de la méthode

Du fait de la totale nouveauté de cette méthodologie et de ses nombreuses différences avec celles utilisées plus communément, il est évident que les validités psychométriques traditionnelles ne peuvent être menées de la même manière. Toutefois, cet outil répond aux mêmes exigences scientifiques et reste valide et fidèle dans sa manière et ses objectifs d'évaluation.

3-2-2-1 Cohérence interne* et fidélité* test-retest

Les premières études sur ces questions sont celles de Csikszentmialyi et Graef (1980) lorsqu'ils comparent un enregistrement quotidien par journal avec la méthode ESM. Leurs résultats mettent en évidence la corrélation entre la fréquence des activités mesurées à l'ESM avec la moyenne de l'enregistrement des fréquences des activités ($r = .93$). Ils essayent de savoir si ces mesures sont stables avec le temps. Pour cela, la semaine est divisée en deux moitiés et la fréquence des activités du groupe est calculée à l'intérieur de chaque période. Par extension, les activités sont rapportées avec la même fréquence dans les deux moitiés de la période. Pour répondre à la stabilité des auto-questionnaires selon certaines modalités (affects, capacités cognitives et motivationnelles), ils comparent la moyenne des scores pour chaque individu de la première moitié. Ils observent que la variance des réponses diminue au cours de la seconde moitié mais reste toujours significative chez les sujets adultes. Contrairement à une seule mesure, l'ESM est basée sur la présomption de la consistance des réponses. Le sujet A peut être plus heureux que le sujet B le lundi, mais mardi, le sujet B peut devenir plus heureux que le sujet A, car cela dépend du vécu de chacun la veille (Csikszentmialyi et Larson, 1987,

p 530). Dans le cas de cet outil, une fidélité parfaite n'est pas forcément attendue et peut même nuire aux objectifs visés. En effet, un de ses intérêts reste de mesurer les conséquences des situations de vie sur les niveaux psychologiques. Pour vérifier la consistance des caractéristiques individuelles, chaque moitié de la semaine est corrélée significativement entre elle au niveau des moyennes des sujets et de leur écart standard. Ainsi, le niveau de réponse et la variabilité sont assez stables. Le coefficient de corrélation est de .60 pour les adolescents, et .74 pour les adultes, ce qui suggère que les niveaux psychologiques varient moins avec l'âge (Csikszentmialyi et Larson, 1987, Hektner et al., 2007)

La consistance interne de l'ESM est particulièrement difficile à mesurer compte tenu du faible nombre d'items proposés dans chaque questionnaire (par exemple : .57 pour les affects et pour l'éveil : .48). En ce qui concerne les données test/retest, la stabilité des réponses sur une étude menée sur 27 adolescents est de $r = .45$, les corrélations de chacune des dimensions affectives, évaluées entre les deux temps, allant de $r = .38$ ($p < .05$) pour les variables actives à $r = .77$ ($p < .001$) pour les variables concernant les affects (Freeman et al., 1986 cité par Csikszentmialyi et Larson, 1987, p531). Dans leurs études auprès d'adolescents sur 4 ans, Larson et ses collaborateurs (2002) montrent un déclin dans les ressentis affectifs. En effet, la corrélation entre la première évaluation et celle à quatre ans était de .35, avec une faible stabilité des réponses chez les plus jeunes et un meilleur équilibre chez les plus âgés (Cité dans Hektner et al., 2007, p119).

3-2-2-2 Validité des mesures ESM

Les données de fidélité sur la convergence du journal quotidien et des mesures ESM permettent également d'estimer la validité au fil du temps. En effet, les auteurs mettent en évidence des variations entre les niveaux psychologiques, les conditions physiques et les facteurs situationnels tels que les activités, les lieux et les contextes sociaux (Hektner et al., 2007). D'autres études montrent des liens entre les réponses ESM des participants et leurs scores à d'autres questionnaires psychométriques. Les évaluations sur les conséquences individuelles corréleront avec des mesures indépendantes, de construits similaires (Hektner et al., 2007). Salamon, Johnson, Grondin et Swendsen, 2009, ont mis en évidence une validité convergente entre les données évaluées en laboratoire concernant l'anxiété ou la dépression et les ressentis émotionnels dans les mesures en vie quotidienne (p 44).

La validité discriminante entre des groupes a été montrée pour cet instrument. En effet, Johnson et Larson (1982) dans leur étude sur les troubles de l'appétit, trouvent que les

femmes boulimiques présentent des comportements en lien avec les repas et y pensent, en moyenne, pendant 38% de leur temps d'éveil, contre une moyenne de 14% pour le groupe contrôle.

En ce qui concerne les taux d'acceptation de l'étude ESM et les taux de compliance, Johnson et ses collaborateurs (2009) ont combiné différentes études ESM électroniques, (France, Canada, Etats Unis, Allemagne) auprès de patients présentant des troubles psychiatriques ainsi que des personnes sans troubles. Ils ont pu mettre en évidence des taux de participations particulièrement élevés pour tous les échantillons et à travers toutes les phases de recherches (Tableau 5). Au niveau du taux de compliance, ils observent aussi un pourcentage particulièrement élevé variant de 87% pour le groupe présentant une schizophrénie à 100% pour le groupe sans trouble mental (Tableau 5).

Tableau 5: Pourcentage d'acceptation à l'étude auprès des personnes contactées et pourcentage de compliance parmi les participants aux études ambulatoires (dans Johnson et al., 2009, p 52).

Variables	Schizophrénie n = 56	Dépendance substances n = 85	Troubles Anxieux n = 45	Non-clinique n = 280	Total n = 466
Acceptation à l'étude ^a	96%	98%	89%	93%	95%
Compliance minimum	87%	96%	98%	100%	96%
Pertes matérielles	2%	0%	0%	2%	1%
Moyenne du pourcentage de réponse (ET)	69%(22%)	80%(18%)	73%(18%)	83% (16%)	78%(18%)
durée d'évaluation (en minutes)	3.4 (2.2)	2.9 (2.5)	4.2 (2.5)	2.9 (2.2)	3.2 (2.4)

^a Les études des taux d'acceptation sont basées sur toutes les personnes contactées; toutes les autres statistiques sont fondées sur les personnes suivies en collecte de données ambulatoires. Pour le groupe non-clinique, toutes les statistiques autres que l'acceptation de l'étude sont établies à partir du groupe contrôle (n=82).

Malgré la démonstration de la faisabilité de l'approche ESM dans des populations diverses, une critique récurrente concerne la possibilité d'un effet de réactivité à la méthode. De même, Salamon et al. (2009) définissent l'effet de réactivité par : « *la possibilité que des mesures*

répétées au sein de la journée, sur des périodes allant de quelques jours à plusieurs semaines, peuvent augmenter la conscience de tels comportements ou états physiologiques pour lesquels les participants pourraient être inattentifs et [la possibilité] que certains comportements pourraient changer en fonction de leur désirabilité sociale. » (p42). En effet, les résultats de Johnson et al., 2009, ne mettent pas en évidence une relation importante de variation des états psychologiques et des comportements des patients au fil du temps avec la méthode ESM électronique.

3-2-3 Implication de la méthode ESM auprès des personnes âgées

Pour évaluer les conditions de vie d'enfants hospitalisés suite à des innovations dans les établissements, Holden et al., 2002, choisissent la méthode ESM. Le temps passé sur les ordinateurs, d'après leurs études, diminue les troubles anxieux et l'intensité de la douleur ressentis par les enfants. Cette recherche nous montre à quel point la méthodologie ESM peut être applicable à diverses mesures à condition de l'adapter selon les objectifs visés par les chercheurs, en thérapie, ou encore dans son évaluation. Ainsi, cette méthodologie a même des effets très surprenants sur les patients. De fait, dans les études sur des comportements illicites, comme la consommation de substances, certains auteurs ont montré une observance des participants à l'étude, identique à n'importe quel autre mode d'évaluation. Cette méthode a permis de mieux comprendre les moments de consommation d'alcool, notamment le week-end pour les adolescents (Larson, Csikszentmialyi et Freeman, 1992 cité dans Hektner, et al., 2007). D'ailleurs, Swendsen et al. (2000) ont montré que les adultes avaient tendance à utiliser l'alcool comme un moyen d'automédication lorsqu'ils se sentaient anxieux. Nous pouvons envisager un degré de fatigue lié à l'utilisation de cette méthodologie en ce qui concerne l'évaluation des adultes âgés. Cet effet a déjà été constaté auprès des adolescents par rapport à des adultes. Salamon et al. (2009) lors de leur recherche auprès de 131 jeunes adolescents, dont 49% en difficultés scolaires et 51% en situation de réussite, montrent cette limite. De plus, ces auteurs ont examiné les relations entre les états émotionnels et le stress quotidien. Leurs résultats sont en accord avec la littérature actuelle, à savoir que l'augmentation du stress perçu chez les adolescents est liée avec un sentiment de tristesse et de nervosité et un faible sentiment de bonheur. Par conséquent, les recherches ESM sont pertinentes pour recueillir de multiples informations utiles sur le développement des processus psychiques, de leur niveau et de leur intensité au quotidien. Ces dernières enrichissent les connaissances en psychopathologie et elles contribuent à améliorer la prise en charge des

patients. De leur côté, les patients âgés semblent très réceptifs et très enthousiastes à cet outil. Néanmoins, ils sont parfois trop diminués au niveau de leur capacité physique et cognitive, ce qui pose des limites dans les passations (Wilson et al., 1992, dans Hektner et al., 2007). Selon Cain, et ses collaborateurs, 2009, la méthode écologique d'échantillonnage des expériences permet de limiter les biais rétrospectifs qui peuvent augmenter quand les participants âgés présentent des troubles de la mémoire. Dans leur revue de la littérature concernant les évaluations écologiques momentanées et les personnes âgées, sur 40 études retenues, ils ont comptabilisé 15 études dont les questions de recherches étaient relatives aux affects des participants âgés. La majorité de toutes ces recherches utilisent des questionnaires papier. Ils montrent également que bien que toutes les études ne révèlent pas leur taux de compliance, il semble que toutes les autres recherches dirigées, mettent en évidence un taux particulièrement élevé de plus de 80%. En ce qui concerne ces versions papier, elles ont permis à certains auteurs d'identifier la variabilité des affects négatifs sur les sujets dépressifs. Cain et al., concluent que les journaux quotidiens révèlent un degré de variabilité individuelle meilleur dans l'évaluation des affects que les évaluations cliniques traditionnelles (Chepenik et al., 2006, dans Cain et al., 2009). Les autres recherches aident à mieux cerner et mieux comprendre les fonctionnements psychiques des personnes au moment de leur vieillesse. Parmi ces études ESM, Klumb (2001) dans la recherche nommée BASE (Berlin Aging study), sur une population de 72 à 97 ans, a trouvé une relation entre l'humeur positive et la perception des difficultés. Les activités perçues les moins difficiles sont associées à un niveau d'humeur plus positif. En conséquence, la variabilité intra individuelle dans l'engagement des activités de la vie quotidienne est prédite par l'auto efficacité et les activités productives sont perçues comme plus difficiles. Du point de vue des fonctions physiques et des activités quotidiennes, Mollenkopf et al., 1997, disent qu'avec l'avancée en âge, les personnes âgées ont plus de difficultés avec la perte des fonctions physiques et les processus de différenciation sociale. En effet, ces difficultés seraient notamment dues à un environnement et des conditions technologiques peu propices à leurs besoins. Ainsi, la mobilité est une nécessité fondamentale pour avoir des activités et des relations sociales. Ils ont donc exploré les besoins de mobilité dans trois pays européens à l'aide d'une évaluation par journaux, sur 3 jours, en Italie, Allemagne et en Finlande. Ils ont trouvé que les conditions environnementales et structurelles prédisent la mobilité des personnes âgées en Europe, en dehors de leur maison. Lorsqu'elles sont en lien étroit avec les membres de leur famille ou avec leurs amis, elles sont plus souvent en dehors de leur résidence. Cependant, Fricke et Unsworth (2001) trouvent que ces dernières passent la plupart de leur temps chez elles et seules. Bouisson et Swendsen

(2003) montrent lors de leur étude ESM, par téléphone, sur les personnes âgées françaises, qu'un niveau de routine élevé correspond à une diminution des affects positifs et une augmentation des affects négatifs. Pour appuyer ces résultats, Beard et al., 2009 dans leur recherche longitudinale au moyen de 13 entretiens téléphoniques sur 808 répondants de 51 ans et plus, pendant 5 ans, ont démontré une association significative entre les caractéristiques des voisinages dans lesquels on vit et les risques subséquents de dépression de la personne. Selon ces auteurs, le trait de personnalité névrotique et les mauvais stressseurs quotidiens sont des déterminants significatifs de symptômes dépressifs. Ils trouvent également une association entre la dépression et les contacts sociaux rapportés par les participants, selon lesquels avoir des contacts sociaux tous les jours prédirait un mauvais score de dépression ultérieur. Ces observations peuvent refléter la tendance des individus, qui souffrent de symptômes dépressifs récurrents, d'avoir besoin de recourir à du soutien seulement lorsque ces symptômes sont en diminution. Ces résultats peuvent aussi suggérer que le soutien social pour les personnes âgées peut renforcer le sens de la dépendance. Plutôt que d'affronter l'impact des stressseurs quotidiens, l'émotion provoquée par l'effet principal de l'impuissance augmente les symptômes de la dépression. Cependant, les contacts sociaux ne sont pas préjudiciables, ce qui suggère que les interactions négatives peuvent plus facilement être prédictrices de dépression que des interactions sociales dans le soutien.

Il est intéressant de voir que ces méthodes écologiques par questionnaire sont parfois associées à des évaluations médicales telles que des prises de sang. En effet, Ong et Allaire, 2005, trouvent dans leur étude sur les problèmes de santé et les maladies cardiovasculaires auprès des personnes âgées, une association positive entre les émotions positives et les troubles cardiovasculaires. Plus précisément, les relations sociales des personnes âgées relient au quotidien ces deux variables. Ils ont mené leur étude auprès de 33 personnes âgées. Ils ont mesuré la pression sanguine avec 1 questionnaire ESM, 2 fois par jour, le matin et le soir, pendant 60 jours consécutifs. Pour eux, les émotions positives et les relations sociales modèrent la relation entre les émotions négatives quotidiennes et la pression sanguine. Un haut niveau de relation sociale et des émotions positives caractérisent les personnes résilientes dans leur combat contre les stressseurs de la vie quotidienne.

En ce qui concerne l'évaluation des stratégies de coping, très peu d'études ESM examinent la disposition singulière des styles de coping. Malgré tout, certains auteurs montrent une constance individuelle à préférer certaines stratégies à d'autres, face à un stressseur (Schartz, et al., 1999, cité par Hektner et al., 2007). D'autres chercheurs remarquent que le trait de vigilance prédit une meilleure autonomie et un plus faible niveau d'émotions négatives chez

les adolescents et les adultes (Brown et Ryan, 2003). Comme nous l'avons vu précédemment, Berg et Upchurch (2008) montrent chez des couples âgés dont le patient est atteint d'un cancer de la prostate qu'un coping collaboratif est lié à une humeur plus positive le même jour pour chacun des membres et à moins d'humeur négative pour l'épouse dans leur vie quotidienne.

Pour conclure, il nous a semblé que l'ESM était une des méthodes d'investigation la plus pertinente, afin de capter de manière précise les subtilités de l'ajustement émotionnel des couples âgés, mais aussi les choix des mécanismes de coping face à la maladie.

Chapitre IV Synthèse, conclusion, hypothèses

La question du devenir de l'autre dans la relation conjugale est une interrogation qui a été de tout temps d'actualité. Cette thématique se retrouve même dans les contes et les dessins animés, base de nos souvenirs d'enfance. A une certaine époque, la question du couple se posait différemment. En général, d'ailleurs, elle n'apparaissait qu'à la fin de l'histoire, et, avec cette célèbre phrase : «...Et ils vécurent heureux et eurent beaucoup d'enfants ». En définitive, le couple n'était perçu qu'au cours de sa première phase, celle évoquant la passion des débuts de la relation. Mais, les détails de la vie quotidienne étaient relégués à l'arrière plan, car ils ne semblaient pas avoir la possibilité de faire rêver. Les enfants d'aujourd'hui, même s'ils font face à des réalités différentes, n'échappent pas nécessairement à des problématiques qui semblent éternelles. Un dessin animé intitulé « Là haut » de Pete Docter et Bob Peterson, distribué par Pixar et Walt Disney Studios est sorti en France en septembre 2009. Dans ce film, une séquence de quelques minutes est consacrée à la vie entière d'un couple se promettant de mettre en œuvre un projet commun : partir à l'aventure, en Amérique du sud. Or, les épreuves de la vie en empêchent la réalisation. Le décès de l'épouse bouleverse Carl, le mari de 78 ans. Il se retrouve seul avec des habitudes de vie à deux, qu'il conserve au quotidien afin de maintenir en vie le souvenir de son épouse tant aimée. Alors qu'un homme lui casse sa boîte aux lettres, dernier souffle de l'évocation des temps heureux avec son épouse, il devient agressif et tape l'importun de sa canne. Une décision de justice l'oblige à partir en résidence pour personnes âgées. Cependant, il refuse catégoriquement ce choix de société. Il décide de réaliser le rêve de sa vie, afin de ne pas faire mourir le souvenir de son épouse. Cette histoire touchante nous ramène à la question de Philémon et Baucis : « Comment réussir à vivre sans toi ? ». Le couple âgé, confronté au cancer de la prostate, se révèle être face à une expérience de vie éprouvant sa sécurité. Il va devoir faire appel à ses ressources propres et affronter ce défi ensemble, ou pas, afin de retrouver un nouvel équilibre. Pour mieux cerner le contexte alarmant où surgissent ces questions, quelques chiffres vont permettre de situer notre population d'étude. En effet, selon les rapports de l'INSEE, les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses. Les plus de 55 ans représentent aujourd'hui 17 482 810 personnes au sein de la population française. Parmi ces individus, 7 716 659 sont des hommes. Toujours selon l'INSEE, en 2007, l'espérance de vie de celles qui sont dites « en bonne santé », c'est-à-dire sans limitation d'activités dues notamment à des maladies

chroniques ou des affections aiguës, serait de 64.2 ans pour les femmes, et de 63.1 ans pour les hommes. Or, l'espérance de vie des plus de 65 ans n'est que de 9.9 ans pour les femmes et 9.4 pour les hommes. Ces chiffres s'avèrent préoccupants. Néanmoins, ils doivent être examinés avec précaution. En effet, rester sur ces moyennes serait oublier tous les progrès médicaux réalisés tels que les politiques de dépistages précoces pour lesquelles les professionnels de la santé en France ont opté (la mesure du taux de PSA, pour le cancer de la prostate, en est un exemple). Toutefois, le nombre de nouveaux cas de certaines maladies, comme le cancer, reste bien trop élevé pour ne pas s'en préoccuper. De plus, les effets secondaires liés à ces traitements ont un impact particulièrement néfaste sur le bien être psychique de la personne, mais également sur tout son entourage familial et social. Bien que la littérature soit peu prolixe sur les troubles psychopathologiques de la personne âgée, il n'en reste pas moins que les auteurs commencent à penser qu'ils doivent être définis en fonction de cette classe d'âge. Les effets secondaires du cancer de la prostate nous confrontent à ces lacunes de la littérature. La méthodologie ESM va nous permettre de mieux comprendre la vie quotidienne de ces couples âgés face à ce fléau.

Les objectifs principaux de cette thèse sont de comprendre, d'enrichir et d'affiner nos connaissances sur la vie quotidienne du couple, face au cancer de la prostate. Pour mener à bien ces objectifs nous allons tester trois hypothèses théoriques :

Hypothèse 1.

Les stratégies de coping centrées sur l'émotion, utilisées par les patients traités par radiothérapie pour un cancer de prostate et par leurs épouses, seront associées à une diminution du sentiment d'être heureux en vie quotidienne et une augmentation des sentiments d'inquiétude et de tristesse.

Hypothèse 2.

Les patients traités pour un cancer de la prostate par radiothérapie vont utiliser plus de stratégies de coping centrées sur le problème et les épouses vont utiliser plus de stratégies centrées sur l'émotion.

Hypothèse 3.

Les couples vont se servir des styles de coping de façon stable tout au long du traitement.

Objectifs descriptifs :

Suite aux tests des hypothèses théoriques, plusieurs analyses descriptives seront effectuées pour examiner les phénomènes suivants :

Objectif descriptif 1.

Examiner les changements du vécu émotionnel (heureux, inquiet, triste) en fonction de la progression du traitement

Objectif descriptif 2.

Examiner l'association du vécu émotionnel (heureux, inquiet, triste) en fonction de la perception du soutien dans sa relation conjugale.

Objectif descriptif 3.

Examiner l'association entre le sentiment d'être heureux et de se sentir soutenu dans sa relation conjugale.

PARTIE EMPIRIQUE

Chapitre V Méthodologie

5-1 Organismes d'acceptation du projet de recherche

Notre projet de recherche a été soumis au Comité de Protection des Personnes de Bordeaux Ouest et Outre Mer III à dater du 28 mars 2007. Puis, il a été également soumis et accepté par le comité SHS de Bergonié ainsi que par son Collège de Recherche Clinique à dater du 3 juillet 2007.

5-2 Les participants

5-2-1 Le choix des participants de l'étude

L'incidence élevée du cancer de la prostate et l'augmentation des troubles psychologiques au cours du traitement nous a engagée à mettre en place cette recherche auprès des patients, mais également auprès de leurs épouses, compte tenu des répercussions inévitables des effets secondaires sur la vie du couple âgé.

5-2-2 Description des participants de l'étude

Les participants sont recrutés sur deux sites différents afin d'avoir des résultats aussi exhaustifs que possible. Le premier établissement est le centre régional de lutte contre le cancer de Bordeaux, le second est la polyclinique de Francheville à Périgueux. L'inclusion des participants dans l'étude s'est déroulée à partir du mois de juillet 2007 jusqu'au mois de septembre 2009. Cent quatre-vingt-un patients et leurs épouses ont été contactés. Un patient a été exclu de l'étude suite à une mauvaise compréhension du remplissage du questionnaire. En tout, 57 patients atteints d'un cancer de la prostate, et 39 conjointes (N= 96), ont accepté de participer à l'étude. L'âge moyen des patients est de 67.98 ans (ET = 6.27), avec un minimum de 50 ans et un maximum de 77 ans. Celui des épouses est de 64.26 ans (ET = 9.19), avec un âge minimum de 36 ans et maximum de 79 ans. Au niveau de leur statut marital, on note que 84.2% des patients sont mariés (N=48), 12.3% vivent en concubinage (N=7) et 3.5% sont

célibataires (N=2). En ce qui concerne les conjointes, 33 d'entre elles sont mariées (84%), 4 vivent en concubinage (10.3%) et 2 d'entre elles n'ont pas renseigné leur statut.

La durée moyenne d'un traitement par radiothérapie pour un cancer de la prostate est d'environ 30 jours. Au niveau des données médicales concernant les patients, sur 45 patients (12 non renseignés), 27.3% d'entre eux présentent un score de Gleason inférieur à 6, 56.8% égale à 7 et 15.8% supérieur à 8. En début de traitement, 57.7% présentent un taux de PSA inférieur à 4, 20% entre 4 et 10 et enfin, 22.2% supérieur à 10. 82.2% des patients sont traités en même temps par hormonothérapie. Enfin, 51.1% ont eu une prostatectomie avant le traitement par radiothérapie.

5-3-3 Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion dans l'étude pour participer à cette recherche sont les suivants :

- Participants masculins et leurs épouses
- En situation de vie de couple
- Diagnostic de cancer de la prostate
- Patients recevant un traitement palliatif (Radiothérapie, chimiothérapie).
- Participants âgés de plus de 45 ans
- Participants ayant signé un consentement éclairé pour la participation à cette étude.

Les critères d'exclusion pour participer à cette étude sont les suivants :

- Troubles psychotiques avérés (vie entière).
- Troubles cognitifs sévères (MMSE < 24)

5-3 Procédure de recherche

5-3-1 Etude pilote

Suivant les objectifs visés, nous avons désiré tester la faisabilité du protocole ESM, et plus particulièrement la mise en forme des blocs de questionnaires prévus pour l'étude 2 de notre recherche.

5-3-1-1 Echantillon évalué

7 participants de plus de 47 ans, d'une moyenne d'âge de 72.8 ans (ET : 12.02), dont 3 couples.

5-3-1-2 Objectifs

Nous avons cherché à tester la faisabilité du protocole de la méthode ESM, sa mise en forme et à éprouver la facilité de passation du questionnaire en vie quotidienne.

5-3-1-3 Protocole d'évaluation

Le premier entretien a consisté à expliquer les modalités de passation de l'outil d'évaluation et à présenter, également, les montres et les blocs de questionnaires. Le second entretien, deux jours après, a permis de récupérer le matériel et de faire un bilan complet des deux jours d'évaluation avec les participants.

5-3-1-4 Conclusion de l'étude pilote

Suite à ces passations, nous avons opéré de nombreuses modifications quant aux formulations des questions et nous avons affiné la démarche de présentation du questionnaire. Parmi ces transformations, le choix de la couleur de chaque questionnaire a été posé. Ainsi, une couleur différente a été attribuée pour chaque membre du couple. En effet, selon Viger, 2006, les patients présentant une atteinte du champ visuel périphérique, notamment, améliorent de façon significative le temps de réalisation d'une tâche quand ils se trouvent dans un environnement coloré. C'est pourquoi nous avons choisi deux couleurs différentes pour les patients et leurs épouses. De plus, notre pré-étude nous a également permis de comprendre l'intérêt de reformuler de façon plus significative certaines questions, pour qu'elles soient comprises par tous les participants. Les termes d'« anxieux » et de « déprimé » ont été remplacés par des mots plus simples, tels qu'inquiétude et tristesse.

5-3-2 Méthodologie de la recherche finale

Trois entretiens ont été prévus pour chaque participant par un psychologue assistant chercheur. Son rôle consistait à d'expliquer les modalités de passation des questionnaires de la méthode d'échantillonnage des expériences en vie quotidienne, au patient, et, à sa conjointe. 3 cycles d'évaluations durant 4 jours étaient prévus ensuite. Plus précisément, l'outil de mesure en vie quotidienne consiste à faire passer le même questionnaire aux participants, plusieurs fois par jours (4 fois par jour, dans notre étude), pendant plusieurs jours (4 jours), à 3 temps différents correspondant : 1. au début du traitement, 2. au milieu du traitement, 3. à la fin du traitement. L'heure du signal a été choisie par les participants, en fonction de 4 intervalles de temps prédéfinis : de 7h00 à 10h00 du matin, de 10h00 à 13h00, de 15h00 à 18h00, et enfin, de 19h00 à 22h00. Nous avons respecté pour chaque participant un intervalle minimum de 3h00 entre chaque remplissage de questionnaire.

5-3-2-1 Au premier jour de traitement

Ce premier entretien a pour objectif d'informer les patients et leur conjointe des objectifs de l'étude, et de vérifier qu'ils remplissent bien les critères d'inclusion, mais également de s'assurer qu'ils ont bien lu la lettre d'information et compris le déroulement du protocole et, si toutefois cela a été possible, de recueillir leur consentement éclairé écrit. Cet entretien a également permis de procéder à la distribution du matériel (montres programmées, blocs de questionnaires) et d'expliquer la méthode d'évaluation aux participants, en les entraînant à remplir le bloc de 16 questionnaires, correspondant à 4 jours d'évaluation ESM. Compte tenu des contraintes liées aux difficultés rencontrées sur le terrain, il a parfois été difficile de mener à bien cet entraînement. Un mode d'emploi de la méthode de passation des questionnaires était fourni avec chaque bloc pour faciliter le remplissage par les participants. Les sujets ont été informés de l'importance de répondre aux questions immédiatement après la sonnerie. En cas d'imprévu, cependant, les sujets ont été invités à ne pas répondre de manière rétrospective, à laisser le questionnaire non rempli et à attendre le prochain signal pour répondre.

Lorsque l'épouse n'était pas présente à ce premier entretien, l'assistant chercheur téléphonait le soir même, ou le lendemain, au domicile du couple afin, d'une part de réexpliquer le déroulement de l'étude, de répondre aux questions restées sans réponses, et, d'autre part, de recueillir un premier consentement oral de l'épouse, avant la version papier. Au bout des 4 jours, lors du prochain rendez-vous de traitement du patient, les questionnaires, les montres

ainsi que les consentements éclairés signés étaient récupérés par l'assistant chercheur, qui engageait déjà le second rendez vous.

5-3-2-2 En milieu de traitement

Un second entretien est mené de manière à réexpliquer les modalités de passation ESM, et à fournir les nouveaux blocs et les montres. Au bout du quatrième jour, l'assistant chercheur récupère de nouveau le matériel et envisage déjà le troisième et dernier rendez vous.

5-3-2-3 En fin de traitement

Quatre jours avant la fin du traitement, le psychologue assistant chercheur revoit le patient et sa conjointe, si toutefois elle est présente, afin de réexpliquer les modalités de passation ESM, ainsi que de fournir les nouveaux blocs et les montres. Au bout du quatrième jour, l'assistant chercheur récupère de nouveau le matériel.

5-4 Les variables en vie quotidienne

La validité et la fidélité de la méthode sont détaillées au chapitre III de la partie théorique. Les questionnaires ESM ont été construits suite à l'étude pilote précédemment décrite. Afin de mieux saisir les variables évaluées, nous allons procéder à la description totale du questionnaire. Les premières questions concernent la date, l'heure au moment du signal et l'heure effective du remplissage du questionnaire par le participant.

5-4-1 Activités et autres

Pour les trois premières questions, les sujets devaient entourer leur réponse dans une liste déterminée concernant :

1. La situation géographique (le lieu où se situait la personne quand le signal retentissait) :
« Chez vous, chez la famille, chez des amis, hôpital/laboratoire/pharmacie, restaurant, parc/jardin, courses, autres endroits extérieurs ».

2. Les relations sociales : « seul« e », avec conjoint« e », enfants, frère/sœur, amis, inconnus, personnel santé/soins, animaux, autres ».
3. Les activités de la personne : « Manger, sieste, cuisiner/ménage, toilette, soins médicaux, loisirs passifs (télévisions, lecture), jardin/bricolage, loisirs actifs (voyage/promenade/sports), travail, autres ».

5-4-2 Les ressentis émotionnels

Pour la quatrième question, nous avons utilisé une échelle visuelle analogique colorée, de la forme d'une flèche croissant du moins au plus en fonction de la réponse. Celle-ci nous servait à évaluer les ressentis concernant le sentiment d'être heureux, le sentiment d'inquiétude, le sentiment de tristesse et le sentiment de fatigue (Luria, 1975). Au moment du signal, pour chacun des ressentis, chaque participant devait répondre à la question suivante : « En ce moment, comment vous sentez-vous ? ». Les réponses allaient de 1 : pas du tout à 5 : extrêmement. (cf., annexe)

5-4-3 La relation conjugale

La seconde page commence par de nouvelles échelles visuelles analogiques évaluant les questions correspondantes à la vie de couple (Luria, 1975). Nous nous sommes inspirées de l'échelle canadienne, la Rochester Interaction Record de Reis et Wheeler, 1991, (Dans Gable et Reis, 2003). En effet, trois phrases de cet outil ont retenu notre attention par rapport à ce que nous désirions mesurer au niveau de la vie conjugale avec la méthode ESM :

- « -Vous sentez vous soutenu et compris par votre conjoint (e) en ce moment ?
- Depuis le dernier signal est-ce que votre conjoint (e) vous a dévoilé (e) ses sentiments et pensées ?
- J'ai senti qu'il y avait de la proximité et un climat chaleureux entre nous ».

A partir de ces phrases, nous avons créé les 3 items suivants :

- La question relative à ce que nous désignons sous l'expression *du soutien conjugal* : « Vous sentez vous soutenu(e) en ce moment ? ».
- Et les deux questions relatives à ce que nous appellerons « la perception des ressentis conjugaux » : « Aimeriez-vous savoir ce que pense votre conjointe en ce moment ? », « Aimeriez-vous savoir ce qu'éprouve votre conjointe en ce moment ? ».

Les réponses sont à choix multiples, de type Likert à 5 points (de 1 : pas du tout à 5 : extrêmement).

5-4-4 Les événements de vie

La seconde partie de la deuxième page de notre outil est la question liée aux domaines stressants que peuvent rencontrer les personnes au cours des 3 dernières heures. Compte tenu de la répétition des questionnaires plusieurs fois par jours, pendant plusieurs jours, il est très difficile de mettre en place une liste exhaustive de tous les événements de vie. Ainsi, nous avons demandé aux participants de cocher parmi des domaines de vie généraux et de décrire les événements en question. La liste des domaines de vie spécifiques dans la forme ESM est inspirée de celle utilisée dans l'inventaire bref des événements de vie (ISLE ; Zautra, Guarnaccia, et Dohrenwend, 1986 cité dans Hektner et al., 2007). Cependant, quelques modifications ont été apportées afin de correspondre de manière plus juste au vécu de nos participants. Nous avons finalement retenu la liste suivante : « Personnel santé, médecin infirmière, traitement, médicaments, attente de résultats médicaux, famille, amis et connaissances, domaine d'ordre financier, religion/spiritualité, transport, maison, sexualité, travail, autres ». Les participants devaient choisir le domaine où avait eu lieu l'événement qui avait eu le plus d'impact pour eux depuis le dernier signal.

Lors de la troisième et dernière page du questionnaire nous invitons le participant à décrire de manière succincte l'événement stressant dont il nous avait parlé au moment de la question précédente. Enfin nous lui demandons comment il avait réagi face à cet événement.

5-4-5 La mesure des styles de coping

Pour ce faire, nous avons créé une liste de styles de coping adaptée à la méthode ESM. Cette liste comprend des items de la Ways of Coping Check-list de Vitaliano et al. (1985) selon la validation française de Cousson-Gélie et al., 1996, ainsi que certains items de la COPE de Carver et al., 1989 (cité par Litman, 2006). Les 16 items choisis sont les suivants : « J'ai cherché une solution. Je n'ai pas pu éviter les problèmes et je me suis senti mal. J'ai essayé de tout oublier. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais. J'ai recherché de l'aide auprès des autres. J'ai pris la situation avec humour. J'ai cherché une explication à ce qui m'arrive. J'ai prié ou médité. Je sais ce qu'il faut faire aussi je redouble d'efforts et fais tout mon possible pour y arriver. J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi. Je me suis culpabilisé.

J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse. Je suis sorti plus fort de la situation. J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait agir concrètement au niveau du problème ».

Pour finir, l'heure de fin de remplissage était demandée aux sujets, avant de passer à la prochaine sonnerie de la montre.

5-5 Analyses statistiques

Afin d'examiner les données ESM, nous avons procédé à des analyses statistiques multi-niveaux, à l'aide du modèle hiérarchique linéaire et non linéaire, HLM version 6, de Raudenbush, Bryk, Congdon, 2000. Plus particulièrement, nous avons utilisé des modèles « means-as-outcomes » pour examiner l'association entre une variable dépendante répétée collectée grâce à l'ESM et une variable clinique ou individuelle, ainsi que des modèles « intercepts-and-slopes-as-outcomes » pour examiner les relations entre plusieurs variables répétées collectées grâce à l'ESM. L'exemple suivant illustre un des modèles utilisés pour tester la première hypothèse :

$$\text{Heureux}_{ij} = B_{0j} + B_{1j} \text{Coping Emotion}_{ij} + r_{ij}$$

où B_{0j} représente le score attendu du sentiment d'être heureux pour la personne j quand le score de coping émotionnel est zéro. $B_{1j} \text{Coping Emotion}_{ij}$ représente le changement attendu du score du sentiment d'être heureux de la personne j en fonction d'une augmentation du coping émotionnel, et r_{ij} est le terme d'erreur associé avec l'observation i pour la personne j .

Les intercepts et slopes ('pentes') sont ensuite modélisés en fonction des équations suivantes :

$$B_{0j} = \gamma_{00} + \gamma_{01}\text{Sexe}_j + \gamma_{02}\text{Age}_j + u_{0j}$$

$$B_{1j} = \gamma_{10} + \gamma_{11}\text{Sexe}_j + \gamma_{12}\text{Age}_j$$

où γ_{00} est l'intercept général, $\gamma_{01}\text{Sexe}_j$ est l'effet principal de sexe, γ_{10} est l'effet principal de l'âge, $\gamma_{11}\text{Sexe}_j$ est l'interaction multi-niveau du sexe et du coping émotionnel et $\gamma_{12}\text{Age}_j$ est l'interaction multi-niveau de l'âge et du coping émotionnel.

La modélisation multi-niveau est une technique d'analyse qui devient de plus en plus commune dans le traitement des données répétées collectées par ESM. Grâce à cette approche, les dépendances liées aux mesures répétées sont prises en compte dans l'estimation des paramètres. Un autre avantage est que la procédure ne requiert pas toutes les données complètes pour tous les participants. En effet, les paramètres de chaque personne sont

pondérés par la quantité relative de tous les participants de l'étude. Le dernier avantage à utiliser un modèle multi-niveau est qu'il existe un modèle d'erreur et de variance expliquée adapté à chaque niveau d'analyse de données (Beal et Weiss, 2003), ce qui permet l'estimation éventuelle de l'importance des variables spécifiques.

Chapitre VI Résultats

6-1 Caractéristiques de l'échantillon de l'étude

96 personnes, au total, ont participé à cette étude (patients et conjointes confondus) en début de traitement. 83 participants continuent les évaluations en milieu de traitement et 82, en fin de traitement. 95.8% d'entre eux vivent en couple, et 61.46% ont 2 enfants ou plus. Pour ce qui concerne le contexte démographique, nous observons que 50% ont un revenu de plus de 1300 € par mois, 29.17% ont des ressources financières inférieures à 1200 €, 57.29% ont un niveau d'étude correspondant au CAP/BAP. Au niveau des soins, on observe que 11.45% d'entre eux reçoivent un traitement autre que celui pour lequel ils se rendent à l'hôpital. Plus précisément, 3.13% prennent des anxiolytiques et 7.29% des antidépresseurs. Les principales caractéristiques de l'échantillon sont présentées séparément, pour les patients et les conjointes, dans le Tableau 1.

Tableau 1. Statistiques descriptives des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon total

		Patients		Conjointes	
		n	%	n	%
Nombre d'enfants	0	6	10.5	5	12.8
	1	16	18.3	7	17.9
	2	17	29.8	9	23.1
	3	11	19.3	10	25.6
	4et +	7	12.4	5	12.8
	DM *	-	-	3	-
Niveau d'étude	Cap/Bep	35	61.4	20	51.3
	Bac	11	19.3	8	20.5
	Bac+2	1	1.8	5	12.8
	Bac+3	3	5.3	1	2.6
	Bac+5 (et+)	6	10.5	3	7.7
	DM *	1	-	2	-
Revenu	>1200 €	11	19.3	17	43.6
	<1200 et 1300>	11	19.3	5	12.8
	<1300 €	35	61.4	13	33.3
	DM *	-	-	4	-
Autres traitements	Aucun	50	87.5	31	79.5
	Anxiolytiques	2	3.5	1	2.6
	Antidépresseurs	4	7	3	7.7
	Psychiatrique	0	0	0	0
	Psychothérapie	1	1.8	0	0
	DM *	-	-	4	-

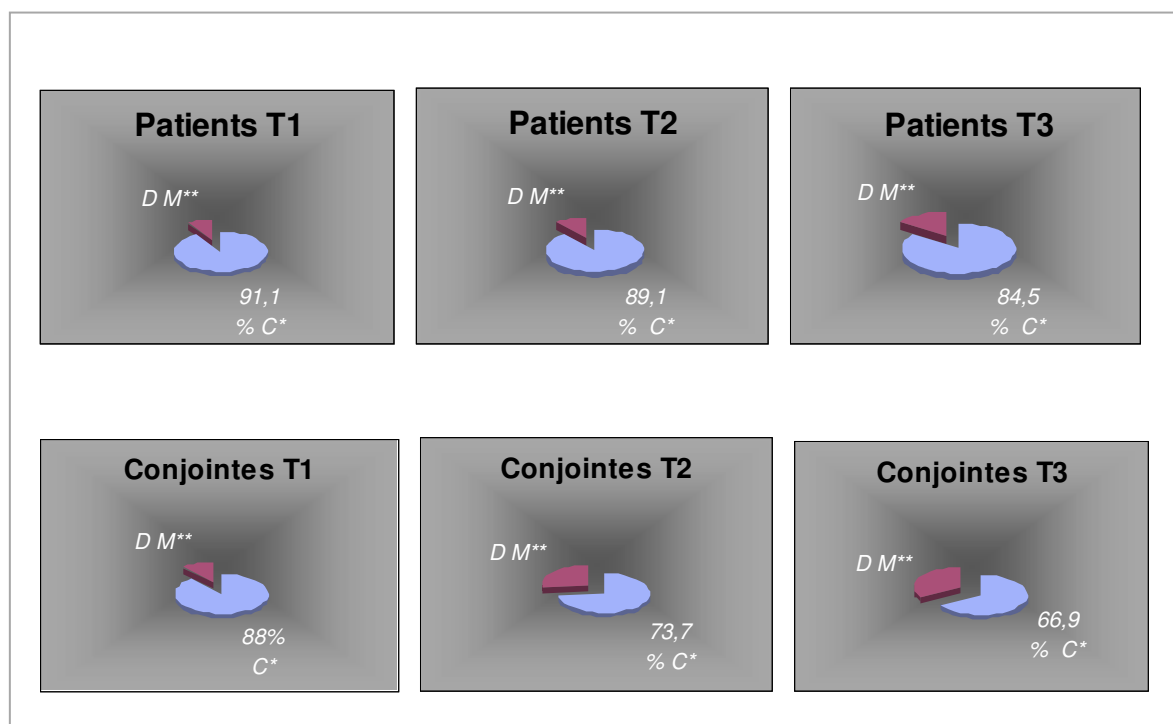
DM * = Données Manquantes

Selon les variables sociodémographiques, il n'y a pas de différence notable entre les hommes et les femmes, excepté au niveau de leur revenu. En effet, la majorité des hommes présentent un revenu supérieur à 1300 euros par mois, or, les épouses, quant à elles, sont pour la plupart en dessous des 1200 euros.

6-2 Variables mesurées en vie quotidienne

La Figure 1 présente le taux de compliance des patients et des conjointes, à l'étude ESM, aux différents temps d'évaluation (T1 : début de traitement, T2 : milieu de traitement, T3 : fin de traitement). La participation des patients est élevée concernant le taux moyen de remplissage des 48 questionnaires programmés pour un participant. Il est relativement stable au cours des 3 temps d'évaluation (T1 : 91.10%, T2 : 89.10%, T3 : 84.50%). Celui des conjointes est également élevé, mais diminue de 88%, en début de traitement, à 66.90% de compliance en fin de traitement.

Figure 1. Taux de compliance des participants à l'étude suivant le temps d'évaluation



*Compliance ; ** Données Manquantes.

Grâce à ce fort taux de compliance, la méthode ESM nous a permis de récolter 1540 observations au cours des 12 jours d'évaluation, tout au long du traitement. Le tableau 2 présente le nombre d'observations pour chacune des variables évaluées, ainsi que leurs moyennes et leurs variances.

Tableau 2. Statistiques descriptives des variables de l'étude des 96 participants

Variables	N	Moyenne	ET	Minimum	Maximum
Heureux	1540	2.9	1.20	1	5
Inquiet	1540	1.22	0.65	1	5
Triste	1540	1.05	0.53	1	5
Coping émotion	1253	0.66	1.08	1	10
Coping problème	1067	0.64	0.93	1	7
Coping soutien	1050	0.38	0.73	1	5
Soutien conjugal	1540	3.09	1.41	1	5

6-3 Hypothèses théoriques : Les stratégies de coping : Associations avec les émotions, le genre et le temps d'évaluation

6-3-1 Hypothèse 1. : Liens entre les styles de coping et les ressentis émotionnels

Une première série d'analyses examine l'association entre les différentes stratégies de coping en vie quotidienne et les émotions vécues au moment de l'évaluation. Les analyses des effets principaux des stratégies de coping sur le sentiment d'être heureux sont présentées dans le Tableau 3. Si aucune de ces associations n'est significative dans les modèles généraux, on observe tout de même une interaction avec les variables sexe ($\gamma = -0.152$, $p < 0.05$), et âge ($\gamma = 0.014$, $p < 0.01$).

Tableau 3. Effets prospectifs des stratégies de coping sur le sentiment d'être heureux (couple)

Type de coping	Effets intra-sujets moyens			Inter niveau 2	
	Coefficient	SE	T-ratio	Sexe	Age
Emotion	0.064	0.042	1.506	-0.152*	0.014**
Problème	-0.016	0.022	-0.741	0.060	0.004
Soutien	0.006	0.035	0.187	-0.034	0.006

* < 0.05 ** < 0.01 *** < 0.001

Le Tableau 4 décompose ces associations séparément pour les patients et les conjointes. Ainsi, contrairement à l'hypothèse, plus les patients utilisent de stratégies centrées sur le problème, moins ils se sentent heureux ($\gamma = -0.051$, $p < 0.05$). Ce lien négatif diminue (ou devient plus positif) avec l'âge ($\gamma = 0.007$, $p < 0.05$). Bien que les effets principaux ne montrent pas de lien entre les stratégies centrées sur l'émotion et le sentiment d'être heureux, on remarque toutefois que plus les patients utilisent des stratégies centrées sur l'émotion, plus ils seront heureux, et cet effet augmente avec l'âge ($\gamma = 0.017$, $p < 0.05$). A l'inverse, en accord avec l'hypothèse, plus les conjointes utilisent le coping centré sur l'émotion, moins elles seront heureuses et cet effet sera d'autant plus élevé chez les épouses plus jeunes ($\gamma = 0.006$, $p < 0.05$).

Tableau 4. Effets prospectifs des stratégies de coping sur le sentiment d'être heureux séparément chez les patients et les conjointes

	Patients			Inter niveau 2	Conjointes			Inter niveau 2
Type de coping	γ	SE	T-ratio	Age	γ	SE	T-ratio	Age
Emotion	0.047	0.029	1.626	0.017*	-0.141	0.080	-1.752	0.006*
Problème	-0.051	0.022	-2.268*	0.007*	0.057	0.039	1.453	0.002
Soutien	0.044	0.024	1.832	0.005	0.026	0.053	0.489	0.009

Le Tableau 5 expose les effets des stratégies d'ajustement sur le ressenti émotionnel de l'inquiétude chez tous les participants. Si les styles de coping centrés sur le problème ou la recherche de soutien ne sont pas associés au niveau d'inquiétude, un effet positif et très significatif est observé en relation avec l'utilisation des stratégies centrées sur l'émotion ($\gamma = 0.077$, $p < 0.001$). Ainsi, les stratégies centrées sur l'émotion sont associées à un plus grand sentiment d'inquiétude et on notera encore une fois un effet d'interaction du genre ($\gamma = -0.081$, $p < 0.05$), mais aussi avec l'âge ($\gamma = 0.004$, $p < 0.05$). Le Tableau 6 présente ces liens, individuellement, pour les patients et les conjointes. Cette association entre le coping et l'inquiétude sera plus élevée chez les patients ($\gamma = 0.065$, $p < 0.05$), et plus particulièrement chez les plus avancés en âge ($\gamma = 0.004$, $p < 0.05$). L'utilisation des stratégies de coping centrées sur l'émotion n'est pas significativement associée à l'inquiétude ressentie chez les conjointes (Tableau 6).

Tableau 5. Effets prospectifs des stratégies de coping sur le sentiment d'être inquiet (couple)

Type de coping	Effets intra-sujets moyens			Inter niveau 2	
	Coefficient	SE	T-ratio	Sexe	Age
Emotion	0.077	0.022	3.459***	-0.081*	0.004*
Problème	0.024	0.023	1.019	-0.052	-0.000
Soutien	0.045	0.030	1.476	-0.058	0.001

*<0.05 **<0.01 ***<0.001

Tableau 6. Effets prospectifs des stratégies de coping sur le sentiment d'être inquiet séparément chez les patients et les conjointes

Type de coping	Patients			Inter niveau 2	Conjointes			Inter niveau 2
	γ	SE	T-ratio	Age	γ	SE	T-ratio	Age
Emotion	0.065	0.021	3.107*	0.004*	0.019	0.054	0.362	0.000
Problème	0.032	0.024	1.303	-0.001	-0.006	0.044	-0.156	-0.000
Soutien	0.039	0.024	1.605	0.003	0.014	0.030	0.470	-0.001

*<0.05 **<0.01 ***<0.001

Le Tableau 7 aborde l'analyse des effets principaux des styles d'ajustement sur le sentiment de tristesse chez tous les participants. Concordant avec l'hypothèse, un lien significatif et positif démontre un plus fort niveau de tristesse qui suit immédiatement l'utilisation de stratégies de coping centrées sur l'émotion ($\gamma = 0.090$, $p < 0.001$). Aucun lien d'interaction au niveau du genre n'est mis en évidence. Néanmoins un lien avec l'âge est à nouveau observé ($\gamma = 0.005$, $p < 0.01$), démontrant que plus le couple âgé va utiliser des stratégies centrées sur l'émotion plus il va être triste.

Le tableau 8 nous permet d'observer les différences interindividuelles. Plus les patients et les conjointes utilisent des styles de coping émotionnels, plus ils vont se sentir tristes (pour les patients : $\gamma = 0.070$, $p < 0.05$; pour les conjointes : $\gamma = 0.107$, $p < 0.05$). Ce lien sera d'autant plus fort chez les conjointes plus âgées ($\gamma = 0.009$, $p < 0.01$). Bien que les effets principaux d'un lien entre la recherche de soutien et la tristesse ne soient pas significatifs, nous observons que cette association positive est plus forte chez les patients plus âgés ($\gamma = 0.009$, $p < 0.05$).

Tableau 7. Effets prospectifs des stratégies de coping sur le sentiment d'être triste (couple)

Type de coping	Effets intra-sujets moyens			Inter niveau 2	
	Coefficient	SE	T-ratio	Sexe	Age
Emotion	0.090	0.027	3.357***	-0.026	0.005**
Problème	0.027	0.021	1.285	-0.064	0.000
Soutien	0.045	0.0351	1.305	-0.043	0.005

*<0.05 **<0.01 ***<0.001

Tableau 8. Effets prospectifs des stratégies de coping sur le sentiment d'être triste séparément chez les patients et les conjointes

Type de coping	Patients			Inter niveau 2	Conjointes			Inter niveau 2
	γ	SE	T-ratio	Age	γ	SE	T-ratio	Age
Emotion	0.070	0.033	2.105 *	0.003	0.107	0.048	2.216*	0.009**
Problème	0.038	0.020	1.907	0.000	-0.015	0.024	-0.640	0.000
Soutien	0.033	0.022	1.460	0.009*	0.016	0.030	0.534	-0.000

*<0.05 **<0.01 ***<0.001

6-3-2 Hypothèse 2. : Liens entre les styles de coping et le genre

Le Tableau 9 présente les liens entre les styles de coping et le genre. Contrairement à l'hypothèse, les patients ne vont pas utiliser plus de stratégies de coping centrées sur le problème et les épouses ne vont pas, quant à elles, utiliser plus de stratégies centrées sur l'émotion. Au regard des analyses statistiques des fréquences des styles d'ajustement présentés dans le Tableau 9, nous pouvons constater, qu'au sein de l'échantillon total, les conjointes semblent recourir moins souvent aux stratégies d'ajustement centrées sur l'émotion ($\gamma = -0.627$, $p < 0.001$). Si elles utilisent moins souvent des stratégies centrées sur le problème et plus de recherche de soutien, ces différences ne sont pas significatives.

Tableau 9. Effet du sexe sur les fréquences des différentes stratégies de coping (couple)

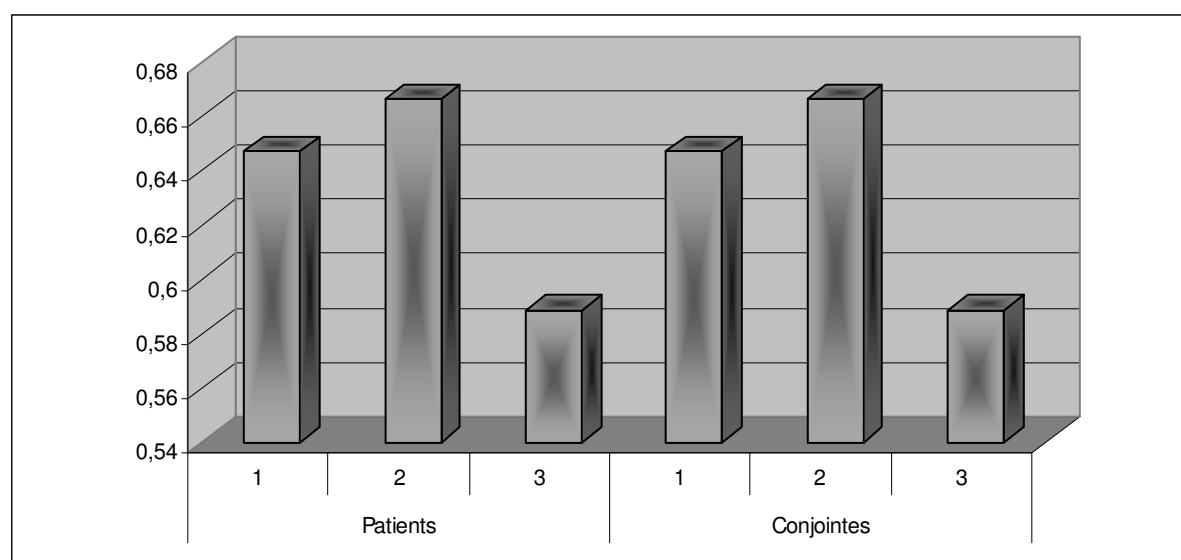
Type de coping	Effets intra-sujets moyens		
	Coefficient	SE	T-ratio
Emotion	-0.627	0.134	- 4.680***
Problème	-0.006	0.134	-0.046
Soutien	0.091	0.112	0.812

*<0.05 **<0.01 ***<0.001

6-3-3 Hypothèse 3. : Effet du temps sur le lien entre les styles de coping

La figure 2 permet de souligner une différence quant au nombre de stratégies utilisées, toutes catégories confondues, tout au long du traitement par les patients et les conjointes. Nous pouvons constater une asymétrie entre les deux premiers temps d'évaluation et le dernier. Le couple a, ainsi, tendance à utiliser moins de stratégies d'ajustement en fin de traitement.

Figure 2. Moyenne du nombre total de stratégies de coping pour le patient et sa conjointe sur les trois temps d'évaluation



Afin de mieux comprendre cette différence au fil du traitement, nous avons utilisé le temps d'évaluation pour examiner les effets prospectifs de chacune des variables de coping dans le Tableau 10. A la lumière de ces résultats, nous pouvons constater, contrairement à ce

qui est attendu par l'hypothèse, une tendance chez les couples à utiliser plus de stratégies de coping centrées sur le problème ($\gamma = -0.039$, $p < 0.01$) et la recherche de soutien ($\gamma = -0.017$, $p < 0.05$) en début de traitement. Aucun effet n'est significatif pour les stratégies centrées sur l'émotion. Toutefois, on observe un effet d'interaction avec l'âge ($\gamma = 0.003$, $p < 0.01$) pour cette association démontrant que la réduction d'utilisation des stratégies de coping est moins forte chez les couples plus âgés. Le Tableau 11 démontre un effet du temps pour les patients et les conjointes qui est très similaires aux analyses globales, avec une exception : les patients utiliseraient potentiellement plus de stratégies émotionnelles en fin de traitement, et ce résultat augmenterait chez des patients plus âgés ($\gamma = 0.006$, $p < 0.05$).

Tableau 10. Effets prospectifs des stratégies de coping tout au long du traitement (couple)

Type de coping	Effets intra-sujets moyens			Inter niveau 2	
	Coefficient	SE	T-ratio	Sexe	Age
Emotion	-0.002	0.013	-0.214	-0.038	0.003**
Problème	-0.039	0.014	-2.621**	0.014	0.001
Soutien	-0.017	0.008	-2.188*	0.005	-0.000

* <0.05 ** <0.01 *** <0.001

Tableau 11. Effets prospectifs des stratégies de coping séparément chez les patients et les conjointes, tout au long de traitement

Type de coping	Patients			Inter niveau 2	Conjointes			Inter niveau 2
	γ	SE	T-ratio	Age	γ	SE	T-ratio	Age
Emotion	0.007	0.018	0.435	0.006*	-0.029	0.020	-1.478	0.001
Problème	-0.043	0.021	-2.068*	0.000	-0.029	0.021	-1.370	0.002
Soutien	-0.013	0.009	-1.434	-0.002	-0.013	0.015	-0.903	0.000

* <0.05 ** <0.01 *** <0.001

6-4 Objectifs descriptifs : Association entre les ressentis émotionnels, les stratégies de coping, le soutien dans la relation conjugale et le temps d'évaluation.

Les tests des hypothèses préalables ont démontré qu'un certain nombre de stratégies de coping varient en fonction du temps ou du stade de traitement. Pour éclairer les possibles mécanismes sous-tendant ces effets, nous avons examiné les liens entre l'humeur, les stratégies de coping, le soutien conjugal et le temps d'évaluation.

6-4-1 Objectif descriptif 1. : Liens entre l'humeur et le temps d'évaluation

Les analyses statistiques des effets principaux des liens entre l'humeur et les différents temps d'évaluations sont présentées dans le Tableau 12. En accord avec l'hypothèse, plus le traitement progresse, moins les participants se sentiront inquiets ($\gamma = -0.097$, $p < 0.001$). Cependant, aucun lien n'est observé au niveau des ressentis émotionnels heureux ou triste. Or, à la vue des résultats interindividuels présentés dans le Tableau 13, on observe que cet effet est également présent pour les patients et les conjointes, séparément, qui ressentent moins d'inquiétude en fin de traitement (pour les patients : $\gamma = -0.075$, $p < 0.01$; pour les conjointes : $\gamma = -0.118$, $p < 0.05$). Bien qu'aucun lien significatif ne soit mis en évidence au niveau des sentiments d'être heureux et tristes chez les conjointes, un effet d'interaction avec l'âge est tout de même à constater. Pour être plus précise, plus les conjointes se rapprochent de la fin du traitement de leur mari, plus elles sont heureuses et cet effet est d'autant plus fort pour les épouses plus âgées ($\gamma = 0.009$, $p < 0.05$). En parallèle, elles se sentiront moins tristes en début de traitement, mais ceci sera encore plus fort pour les conjointes les plus âgées ($\gamma = -0.013$, $p < 0.01$). Cependant cet effet n'est pas significatif.

Tableau 12. Effets prospectifs des ressentis émotionnels tout au long du traitement (couple)

Emotions	Effets intra-sujets moyens			Inter niveau 2	
	Coefficient	SE	T-ratio	Sexe	Age
Heureux	0.037	0.023	1.592	-0.037	0.001
Inquiet	-0.097	0.025	-3.892***	-0.031	-0.002
Triste	-0.036	0.021	-1.688	0.035	-0.005

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tableau 13. Effets prospectifs des ressentis émotionnels tout au long du traitement séparément chez les patients et les conjointes

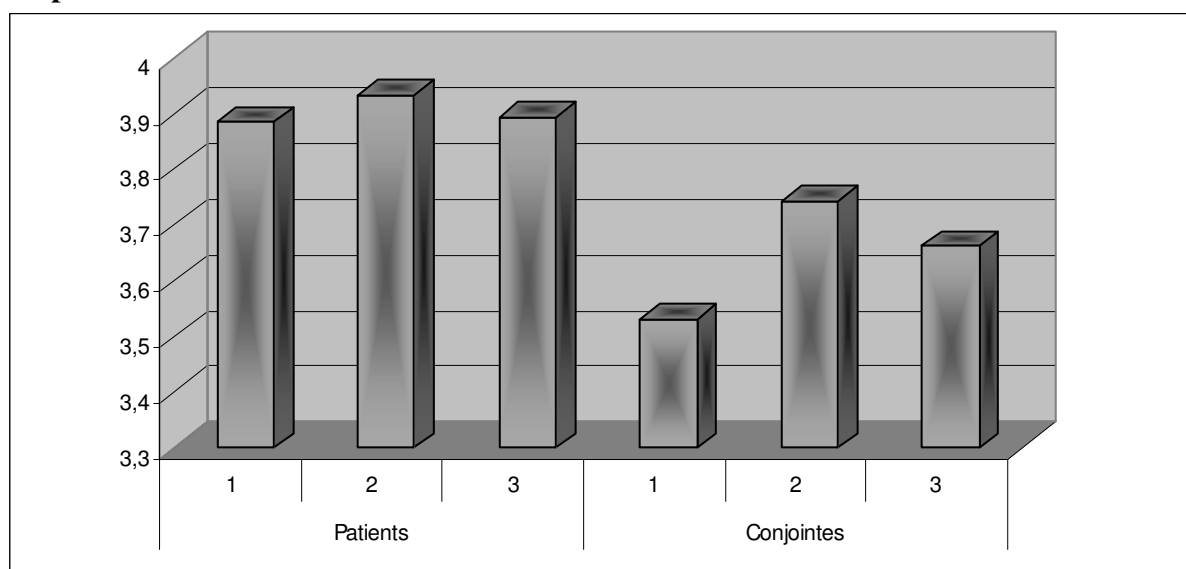
	Patients			Inter niveau 2	Conjointes			Inter niveau 2
Emotions	γ	SE	T- ratio	Age	γ	SE	T- ratio	Age
Heureux	0.045	0.028	1.604	-0.005	0.014	0.045	0.313	0.009*
Inquiet	-0.075	0.028	-2.710**	0.002	-0.118	0.050	-2.318*	-0.011
Triste	-0.039	0.022	-1.753	0.002	-0.014	0.044	-0.318	-0.013**

* <0.05 ** <0.01 *** <0.001

6-4-2 Objectif descriptif 2. : Liens entre l'humeur et le soutien conjugal tout au long du traitement

La figure 3 affiche un premier aperçu du nombre total de ressentis de soutien conjugal des patients et des conjointes, tout au long du traitement. Une nette différence apparaît au sein du couple. Pour les patients, le soutien conjugal est relativement élevé et semble rester stable tout au long de leur traitement. Quant aux épouses, leurs ressentis semblent moindres et beaucoup plus variables. En effet, elles se déclarent tout d'abord moins soutenues en début de traitement, puis leurs sentiments augmentent à partir du milieu de celui-ci.

Figure 3. Niveau moyen du soutien conjugal pour le patient et sa conjointe sur les trois temps d'évaluation



Pour mieux comprendre cette irrégularité des ressentis des participants, nous avons procédé à l'analyse des effets de la variable du soutien conjugal, en fonction des ressentis émotionnels tout au long du traitement des patients, présentés dans le Tableau 14. Les résultats confortent notre hypothèse. En effet, au cours du traitement, quand les participants se sentent soutenus dans leur relation de couple, ils se sentent immédiatement plus heureux ($\gamma = 0.215$, $p < 0.001$), moins inquiets ($\gamma = -0.124$, $p < 0.001$) et moins tristes ($\gamma = -0.143$, $p < 0.001$). De plus, ces analyses suggèrent des effets d'interaction avec l'âge pour chacune des variables émotionnelles, ainsi qu'un effet d'interaction du genre pour la variable triste. En regardant la répartition des participants par genre, dans le Tableau 15, on observe ainsi que plus les patients se sentent soutenus tout au long du traitement, plus ils se sentent immédiatement heureux ($\gamma = 0.206$, $p < 0.001$), et cet effet est plus fort s'ils sont plus jeunes ($\gamma = -0.014$, $p < 0.01$). Bien qu'aucun effet d'interaction avec l'âge ne soit présent au niveau de la variable tristesse, on note, tout de même, que plus ils se sentent soutenus vers la fin du traitement, moins ils seront tristes ($\gamma = -0.059$, $p < 0.05$). En ce qui concerne les conjointes, aucun lien notable n'est à signaler pour l'âge. Toutefois, on retrouve, chez elles, les mêmes effets que ceux repérés dans l'ensemble de l'échantillon. Plus précisément, au fil du traitement, plus les conjointes ressentent du soutien dans leur relation conjugale, plus elles se sentiront heureuses ($\gamma = 0.229$, $p < 0.001$), moins inquiètes ($\gamma = -0.163$, $p < 0.001$) et moins tristes ($\gamma = -0.229$, $p < 0.001$).

Tableau 14. Effets prospectifs des ressentis émotionnels sur le soutien conjugal tout au long du traitement (couple)

Emotions	Effets intra-sujets moyens			Inter niveau 2	
	Coefficient	SE	T-ratio	Sexe	Age
Heureux	0.215	0.026	8.282***	0.019	-0.011***
Inquiet	-0.124	0.031	-3.917***	-0.059	0.009*
Triste	-0.143	0.034	-4.138***	-0.137*	0.011**

* <0.05 ** <0.01 *** <0.001

Tableau 15. Effets prospectifs des ressentis émotionnels sur le soutien conjugal tout au long du traitement, chez le patient

	Patients			Inter niveau 2	Conjointes			Inter niveau 2
Emotions	γ	SE	T- ratio	Age	γ	SE	T- ratio	Age
Heureux	0.206	0.041	5.001***	-0.014**	0.229	0.032	7.002***	-0.007
Inquiet	-0.081	0.042	-1.909	0.006	-0.163	0.044	-3.668***	0.006
Triste	-0.059	0.026	-2.211*	0.004	-0.229	0.057	-3.990***	0.008

* <0.05 ** <0.01 *** <0.001

6-4-3 Objectif descriptif 3.: Liens entre les stratégies de coping et le soutien conjugal tout au long du traitement

Le Tableau 16 examine les relations entre les différents styles d'ajustement en fonction du soutien conjugal reçu tout au long du traitement, chez tous les participants. Excepté un effet d'interaction du genre, au niveau des stratégies centrées sur l'émotion, aucun lien ne semble être significatif. Ce seul effet est présent dans le Tableau 17 exposant les analyses séparées des patients et des conjointes. En effet, contrairement à notre hypothèse, plus les épouses utilisent des stratégies d'ajustement centrées sur l'émotion, moins elles se sentiront soutenues dans leur relation conjugale au cours du traitement ($\gamma = -0.066$, $p < 0.05$). De plus, bien qu'aucun effet principal ne soit révélé, on observe chez les conjointes un effet d'interaction avec l'âge sur les stratégies centrées sur la recherche de soutien. Plus précisément, elles ressentiront un soutien de la part de leur conjoint, et cet effet sera d'autant plus élevé lorsqu'elles sont plus âgées ($\gamma = 0.004$, $p < 0.05$).

Tableau 16. Effets prospectifs des stratégies de coping sur le soutien conjugal tout au long du traitement (couple)

	Effets intra-sujets moyens			Interaction niveau 2	
Type de coping	Coefficient	SE	T-ratio	Sexe	Age
Emotion	-0.020	0.021	-0.950	-0.078*	-0.000
Problème	0.015	0.024	0.648	-0.033	0.002
Soutien	0.007	0.014	0.509	0.009	0.001

* <0.05 ** <0.01 *** <0.001

Tableau 17. Effets prospectifs des stratégies de coping sur le soutien conjugal tout au long du traitement, séparément chez les patients et les conjointes

	Patients			Interaction niveau 2	Conjointes			Interaction niveau 2
Type de coping	γ	SE	T-ratio	Age	γ	SE	T-ratio	Age
Emotion	0.002	0.021	0.115	0.000	-0.066	0.033	-1.974*	-0.000
Problème	0.027	0.040	0.662	0.000	-0.003	0.025	-0.138	0.002
Soutien	0.017	0.020	0.821	-0.002	0.012	0.019	0.642	0.004*

*<0.05 **<0.01 ***<0.001

Chapitre VII Discussion

Le cancer de la prostate est un problème de santé prévalent, que ce soit au niveau de la France, mais aussi à un niveau international. Bien que les avancées médicales en matière de dépistage et de traitement ne cessent de progresser, cette maladie reste la troisième cause de décès par cancer chez les hommes. Cette pathologie a un effet particulièrement néfaste sur la qualité de vie du patient qui y est confronté (Hervouet et al., 2005). Les effets secondaires faisant suite aux traitements nuisent à la qualité de vie et au bien être du patient et augmentent ainsi sa fragilité (Jani et Hellman, 2003). Certains auteurs expliquent que la personne âgée est déjà confrontée au syndrome de fragilité caractérisé par un état de faiblesse, une faible endurance, une activité physique réduite, une vitesse de marche lente et une perte de poids involontaire (Bergman et al., 2004). Cependant, les traitements du cancer créent à eux seuls tous ces symptômes. Plus l'âge des patients est avancé, plus il est nécessaire de penser à une prise en charge globale de la qualité de vie du patient et de son entourage (Kirk, 1998). En effet, on observe de très grandes différences individuelles dans la vieillesse, mais aussi au sein même du couple âgé (Petit et Bouisson). Le vieillissement reste un phénomène hétérogène. C'est parce qu'il existe une multitude de vieillesse, qu'il est nécessaire de mettre en place des prises en charge globales de la personne âgée. En ce qui concerne le patient atteint d'un cancer de la prostate, il est non seulement important de se centrer sur le patient lui même, mais encore plus sur son entourage. En effet, compte tenu de la spécificité de sa situation sur le corps du patient, c'est une maladie qui touche directement la vie de couple des sujets. Les problèmes qui font suite aux effets secondaires des traitements induisent de réelles difficultés dans la vie du couple. Car, lorsque le couple est confronté au cancer de la prostate, l'avenir des époux peut être menacé. Selon Dupré La tour (2005) bon nombre des difficultés de couple trouvent leurs origines dans le difficile équilibre entre la sexualité et la sécurité. Lorsqu'un événement stressant surgit, les membres de la dyade vont se recentrer l'un vers l'autre dans un nouveau système afin de faire face au stress et chercher un nouvel équilibre (Albernhe et Albernhe, 2008). Par conséquent, dans le but de mieux comprendre l'impact du cancer de la prostate sur le couple âgé, cette étude a été menée auprès de 96 participants vivant en situation maritale et dont le patient est traité pour un cancer de la prostate. Nous avons examiné les stratégies de coping et le bien être émotionnel du couple avec un nouvel outil. L'évaluation par la méthode ESM a été réalisée auprès des patients, mais aussi de leurs épouses, et ce, tout

au long de leur traitement par radiothérapie. De par la très bonne compliance observée à l'issue de cette recherche, nous obtenons, à présent, un nouveau regard sur la vie quotidienne du patient mais aussi de sa conjointe (91.10% de compliance pour les patients en début de traitement et 88% pour les épouses). L'objectif principal que visait cette étude était, rappelons le, de comprendre l'impact psychologique du traitement du cancer de la prostate sur la vie quotidienne du couple âgé. Nos résultats n'ont pas répondu à toutes nos hypothèses. Cependant, trois points essentiels ressortent de cette étude : la différenciation au niveau du genre au sein du couple, de l'âge et enfin du temps de traitement. En effet, il s'agit de distinguer les dissemblances de ressentis et d'ajustement selon l'âge des couples pris en charge. Nos résultats mettent clairement en exergue les différences des manifestations psychologiques entre les couples âgés et les couples plus jeunes. Ensuite, le second point important de cette recherche est la notion d'inter individualité. Cette étude discrimine tout à fait les attitudes et les émotions que peuvent vivre au quotidien les patients des épouses. Enfin, le troisième point concerne le temps de la prise en charge. Il existe une réelle progression des ressentis et de l'ajustement psychologique des couples tout au long du traitement. Il est essentiel pour les professionnels de la santé de prendre en considération cette évolution précoce des patients, mais aussi de leur conjointe, par la mise en place d'une prise en charge qui doit être incisive dès le début du traitement.

En détaillant nos hypothèses de manière plus précise : la première cherchait à savoir si les stratégies d'ajustement centrées sur l'émotion diminuaient le sentiment d'être heureux, et, augmentaient l'inquiétude et la tristesse dans les couples. De plus, nous cherchions à savoir si les coping centrés sur le problème amplifiaient, à l'inverse, le ressenti de bonheur et atténuaient la tristesse et l'inquiétude. Sur ce point, il semble que nos résultats soient congruents avec notre hypothèse et aillent dans le sens de la littérature actuelle. En effet, nous constatons un effet nocif du coping centré sur l'émotion sur le niveau d'inquiétude et de tristesse. Plus précisément, nos résultats mettent en évidence que plus le couple est âgé, plus il se montre inquiet en utilisant ce style de coping. Ceci est particulièrement marquant chez les épouses : plus elles utilisent des stratégies centrées sur l'émotion, moins elles se sentent heureuses, et cet effet est plus important chez les épouses plus âgées. Nous remarquons également que, pour les conjointes plus âgées, une utilisation de coping centrée sur l'émotion rehausse leur niveau de tristesse. Couper et al. (2006) avaient, d'ailleurs, noté à ce sujet que les conjointes présentant un ajustement plus proche de l'évitement, ou encore de l'impulsivité, manifestent plus de détresse psychologique. D'autres auteurs ont aussi montré que la vieillesse multipliait les sources de vulnérabilité affectant les épouses, les plus âgées devant

faire face, en plus de la maladie de leurs maris, aux conséquences de leurs propres maladies chroniques (Resendes et Mc Clorkle, 2006). Nos résultats mettent en évidence que l'utilisation des coping émotionnels ne fait qu'augmenter le niveau de détresse. Il est possible que face à l'annonce de la maladie, puis lors de la prise en charge, les épouses doivent non seulement affronter la peur de perdre leurs époux, mais aussi le fait de ne pas contrôler le vécu et l'impact du traitement. D'ailleurs, Alaphilippe et Sautel (2000) expliquent à ce propos que la personne âgée peut lorsqu'elle a un sentiment de perte de contrôle sur elle-même ou sur son environnement être plus susceptible de développer des troubles dépressifs suite à un sentiment de perte d'efficacité et de démotivation. Leurs habitudes de couple, souvent installées depuis longtemps, se trouvent bouleversées par la maladie. Elles sont dans l'obligation de faire face à des changements importants. Resendes et Mc Clorkle (2006) qui obtiennent des résultats similaires, expliquent que les sources de détresse de l'épouse semblent être le manque d'information, la crainte de l'inconnu, la crainte de ce que sera le futur, la crainte des soucis relatifs aux traitements. Or, le cancer va entraîner des restrictions dans la vie quotidienne des partenaires et les confronter à de nouvelles situations auxquelles ils ne sont pas préparés. Les conjointes, obligées de faire face à un fardeau plus élevé, ressentent, ainsi, plus d'expériences de détresse psychologique que les hommes (Towsley et al., 2007).

En ce qui concerne les patients, nous ne répondons pas à notre première hypothèse. C'est-à-dire que plus les patients vont utiliser des stratégies centrées sur le problème, moins ils se sentiront heureux. En fait, les patients d'un âge avancé vont se sentir d'autant plus heureux, mais aussi inquiets, qu'ils vont avoir recours au coping émotionnel. Chez les patients âgés, c'est l'utilisation des stratégies centrées sur la recherche de soutien qui les rendront également plus tristes. En effet, Wooten, et al. (2007) montrent qu'un coping centré sur l'émotion est lié positivement à des perturbations de l'humeur chez le patient traité pour un cancer de la prostate. Or, ils expliquent également que l'évaluation de la menace de la maladie, celle de ses propres capacités et les stratégies de coping sont associées au degré d'expérience face aux symptômes du cancer. Plus particulièrement, les patients utiliseraient plus de coping centrés sur le problème pour faire face aux dysfonctionnements urinaires. Par contre, lorsqu'ils sont confrontés à des symptômes d'ordre sexuel, ils auront plutôt tendance à utiliser des stratégies centrées sur l'émotion. Cependant, n'oublions pas que notre évaluation nous permet de cibler de manière plus précise les ressentis émotionnels instantanés dans leurs quotidiens, ce qui expliquerait que ce sont les stratégies centrées sur le problème, de manière générale, qui nuiraient à leur bien être. En effet, chercher une solution au quotidien demande beaucoup de

ressources, de plus, il est possible que la réponse au problème n'arrive pas de manière immédiate, or, les ressentis sont, quant à eux, instantanés. Le patient serait ainsi dans une attente de solution, ce qui augmenterait sa détresse. Kotkamp-Mothes et al. (2005) expliquent aussi que les patients âgés semblent plus ambivalents dans leurs attitudes vis-à-vis du soutien social parce qu'ils se sentent gênés et dérangés dans le respect de leur autonomie. En effet, il est possible que les patients âgés bien que plus heureux en recourant à des stratégies centrées sur l'émotion, soient inquiets car ils savent qu'ils risquent de se retrouver en situation de dépendance vis-à-vis de leur entourage et notamment leur conjointe. L'impact physique et psychologique du traitement dans la vie de tous les jours du patient va l'entraîner vers une plus forte dépendance à son entourage et ainsi amplifier son sentiment de vulnérabilité au quotidien.

Notre seconde hypothèse visait à examiner si les patients avaient plutôt tendance à utiliser des stratégies centrées sur le problème, et les épouses des stratégies plutôt centrées sur l'émotion. Ce qui ressort de la revue de la littérature, c'est que les patients semblent éviter les discussions et nier leur anxiété, alors que les épouses sont plus facilement dans une recherche d'informations (Roesch et al., 2005, Edwards et Clarke, 2004, Lavery et Clarke, 1999). Nos résultats ne vont pas dans ce sens. Ils vont même à l'encontre de l'effet attendu. En effet, nous observons seulement une différence du point de vue de la conjointe, qui a tendance à utiliser moins de stratégies centrées sur l'émotion au quotidien. Comme nous l'avons vu précédemment, l'épouse semble plus en détresse psychologique en utilisant des coping centrés sur l'émotion. Elle serait plus disposée à ne pas utiliser ce style d'ajustement afin d'être dans une attitude protectrice envers son époux. En effet, l'ajustement de l'épouse va permettre de masquer sa détresse afin de soulager son époux. En ce qui les concerne, par ailleurs, nous ne retrouvons pas de résultats significatifs sur l'utilisation quotidienne des stratégies centrées sur le problème. Encore une fois, nos données ne sont pas en accord avec celles de la littérature actuelle qui met en évidence l'utilisation par les patients de stratégies actives de résolution de problème (Love et al., 2008).

Enfin, notre troisième hypothèse visait à savoir si l'emploi des styles de coping par le couple restait stable tout au long des trois temps d'évaluation. Nous constatons une nouvelle fois que nous ne vérifions pas notre hypothèse de départ. Plus précisément, nos résultats montrent que les stratégies utilisées au sein du couple diffèrent tout au long du traitement. En effet, Le couple va utiliser plus de stratégies centrées sur le problème et sur la recherche de soutien au début de la prise en charge. Cependant, en début de traitement, le patient va se différencier de son épouse en utilisant beaucoup plus de stratégies centrées sur le problème.

Une différence au niveau de l'âge est également observée. En effet, les patients plus âgés utiliseront plus de stratégies centrées sur l'émotion à la fin de leur traitement. D'ailleurs, Wooten, et al. (2007) avaient noté dans leur recherche que les patients citaient un plus grand nombre de stratégies d'ajustement que ne le faisaient leurs épouses. En se référant au paradigme sur la flexibilité cognitive de Cheng (2003) il est possible qu'en début de traitement, la motivation du patient l'incite à rechercher des solutions dans l'ajustement psychologique. Selon cet auteur, l'utilisation alternative des stratégies de coping permet une meilleure variété d'ajustement aux différentes sources de stress et un meilleur rééquilibrage émotionnel. En effet, si en début de traitement, le patient choisit des stratégies centrées sur le problème, c'est parce qu'il a besoin non seulement de solutions psychologiques mais aussi de solutions matérielles à la maladie qui vient de le frapper. Or, les ressources ont tendance à se réduire avec l'âge (Baltes, 1996). Ainsi, le patient va être plus fatigué et éventuellement moins dans une recherche de solution ou de soutien en fin de traitement. Au cours du temps de traitement, la « densité » du problème s'atténue peut être. Par conséquent, les patients âgés peuvent plutôt choisir le coping émotionnel comme ajustement au quotidien vers une source de bonheur possible (cf. Hypothèse 1). En ce qui concerne les épouses, les résultats ne sont pas significatifs. Nous pouvons faire l'hypothèse que les épouses semblent être dans une flexibilité cognitive constante en utilisant des stratégies multiples et variées tout au long du traitement de leurs maris.

Par la suite, nous procédons à des analyses descriptives de notre échantillon. Nous cherchons à connaître les liens existants entre l'humeur, le ressenti conjugal, les stratégies d'ajustement, et ce, tout au long du traitement. En accord avec nos hypothèses, les résultats mettent en évidence, au niveau du couple, que plus le traitement avance, moins les couples éprouvent d'inquiétude dans leur vie quotidienne. Plus ils perçoivent un soutien dans leur relation conjugale, plus ils se sentent heureux, moins inquiet et moins triste et ce, d'autant plus qu'ils sont âgés. Au niveau de l'analyse individuelle, les patients et les épouses ressentent moins d'inquiétude en fin de traitement. Plus les patients se sentent soutenus dans leur relation de couple, moins ils auront des sentiments tristes. Ce même résultat se retrouve auprès des épouses qui seront davantage heureuses si elles se sentent soutenues dans leur relation conjugale. Là encore, une différence entre les âges est observée. En effet, les patients plus jeunes se sentiront plus heureux tout au long du traitement s'ils perçoivent un soutien de la part de leur conjointe. Les épouses âgées, quant à elles, perçoivent une diminution de la tristesse au début de la prise en charge et une amplification du sentiment d'être heureuses en fin de traitement, dans leur vie quotidienne. D'ailleurs, Sharpley et Christie (2007) établissent

que le niveau moyen d'anxiété et de dépression diminue à partir du diagnostic jusqu'à deux ans après. Or, notre étude montre une diminution plus précoce. Comme le précise Grondin et al. (2002) dans son étude en vie quotidienne, d'un point de vue clinique, les perturbations psychologiques caractéristiques de l'anxiété favorisent une sensibilité plus grande aux stressseurs mineurs de la vie de tous les jours. Or, les symptômes dépressifs sont plus sensibles, non pas à l'intensité négative de l'événement, mais plus facilement avec des événements aux cours desquels des relations interindividuelles sont en jeux. C'est peut-être parce que la méthode ESM permet de saisir des instantanés beaucoup plus proches de la vie quotidienne et des émotions « in situ » que nous observons des différences de ce type.

Nous avons également pu mettre en évidence qu'un usage plus important des coping centrés sur l'émotion par les épouses diminuait leur sentiment d'être soutenues par leur conjoint. Bien que ce résultat aille à l'inverse de notre hypothèse, ceci semble corroborer nos premières hypothèses théoriques, où nous montrons que les épouses choisissent de moins utiliser ces stratégies, car elles se sentent alors moins soutenues et éprouvent plus de détresse émotionnelle. Toutefois, les plus âgées font, à ce niveau, des choix opposés : elles utilisent plus de stratégies centrées sur la recherche de soutien, plus elles ressentiront un appui dans leur vie de couple. Ce qui est en accord avec ce qu'ont établi Gore et al. (2005) : vivre à deux a un effet positif sur l'issue de la qualité de vie au niveau de l'anxiété. Baider et al. (1998) rajoutent à ce propos que l'adaptation à un événement stressant peut être facilitée par un soutien social élevé adéquat. Rasclé, 1994, explique par ailleurs que : « *le soutien social peut modérer les effets du stress en modifiant les réponses de la personne face au stressseur même après une première évaluation négative de la situation* » (1994, p 142). Ainsi, le lien conjugal va jouer un rôle important pour le patient dans son ajustement à la maladie. Ces résultats descriptifs, mettent en évidence la façon dont le couple va s'ajuster en fonction de l'autre. Plus précisément, il nous semble que ces résultats témoignent de l'ajustement de chacun des membres du couple en fonction des ressentis et de l'ajustement psychologique de l'autre. Nous rejoignons les propos de Berg et al. (2008) qui avancent l'idée d'une recherche par le couple d'une certaine homéostasie. C'est-à-dire que le couple va interroger ses propres ressentis ainsi que ceux de son partenaire de vie afin de quérir un équilibre nouveau dont l'objectif est de faire face au bouleversement provoqué par la maladie.

Cette étude présente toutefois quelques limites. Tout d'abord, le fait est que cette recherche n'a été menée qu'auprès de très peu de participants. Il est possible qu'avec plus de couples confrontés à ce cancer nous ayons obtenu des résultats quelque peu différents. Ensuite, malgré la création d'un mode d'emploi, il est à noter que les conditions

d'entraînements de nos participants à la méthodologie ESM n'ont pas été faites dans des conditions optimum. Là encore, il est possible que les résultats en aient été biaisés. Les prochaines études devront prendre en compte un temps beaucoup plus conséquent pour préparer les sujets au remplissage du questionnaire. L'utilisation de palms, ou de mini-ordinateurs, enfin, aurait été certainement préférable à la version papier du questionnaire, car celle-ci ne permet pas d'être sûr de la sincérité des participants.

Selon nous, les résultats que nous obtenons présentent, cependant, un double intérêt : celui de montrer que le cancer de la prostate doit être abordé du point de vue du couple, dans son entité, et du point de vue des deux conjoints. Il nous semble qu'il faut, à partir de ce que nous observons, alerter le praticien sur la nécessité de ne pas s'en tenir qu'au seul patient dans la mise en place du traitement. Il faut qu'il adapte son discours en ayant conscience que ce cancer, certainement plus que d'autres, affecte le couple, et que chacun des deux membres va avoir des ajustements quelque peu différents au fur et à mesure de l'évolution de la maladie et du traitement. Le praticien va découvrir deux personnes qui peuvent avoir des perceptions très différentes de la situation. Lorsque le traitement débute, le sentiment de vulnérabilité du couple se trouve exacerbé car non seulement le patient se retrouve confronté à la perception de sa propre mort: « Je peux mourir... », mais aussi son épouse a la sienne propre : « S'il meurt, qu'est ce que je vais devenir? ». Cette conception individuelle angoissante va évoluer et ainsi s'atténuer au fur et à mesure de la progression du temps de traitement. De plus, il semble que nos résultats exposent une intensité de la symptomatologie anxieuse très différente de celle montrée jusqu'à présent. Nous ne sommes plus face à une crainte de l'avenir mais à une inquiétude quotidienne des stressors de la vie de tous les jours. Cette anxiété est la manifestation in situ de l'angoisse qui va s'atténuer mais rester tout au long des deux années qui vont suivre l'annonce (Sharpley et Christie, 2007). De plus nous tentons d'expliquer qu'il existe une réelle différence de l'âge au sein des participants. En effet, la vulnérabilité des couples âgés se manifeste par des réactions vives à pratiquement tous nos résultats. Cela semble nous montrer l'exacerbation des ressentis émotionnels ainsi que de l'ajustement émotionnel et psychologique des personnes plus âgées. En ce qui concerne l'implication clinique pragmatique, nous souhaitons que cette thèse modifie les regards et les attitudes des professionnels de la santé qui entourent et prennent en charge les patients atteints d'un cancer de la prostate et leur épouse. D'autant plus lorsqu'ils se retrouvent en soin auprès du couple âgé.

Chapitre VIII Conclusion

Comme nous avons pu le préciser à diverses reprises, dans cette recherche, le cancer de la prostate est une pathologie particulièrement fréquente et mortelle pour l'homme avec plus de 62245 nouveaux cas dénombrés, en 2005, par la Ligue Nationale de Lutte Contre le Cancer. Son incidence augmente, notamment chez les plus de 45 ans (plus d'un cancer sur quatre intervient après 75 ans), en partie, peut-être, grâce à un dépistage précoce de plus en plus systématique permettant une prise en charge plus rapide et, ainsi, une meilleure issue à la maladie. Cependant, malgré une politique actuelle de prévention beaucoup plus rigoureuse et structurée, les dégâts causés par cette pathologie restent importants dans leurs conséquences, tant du point de vue physique que psychologique, sans compter les « dommages collatéraux » qui retentissent sur les familles et en tout premier lieu sur la conjointe du patient.

Par le biais de nos résultats à cette étude, nous désirons inviter les patients, conjointes, familles, professionnels de la santé et chercheurs, à s'orienter vers de nouvelles perspectives en ce qui concerne la compréhension des conséquences de ce type de cancer. De plus, il s'agit ici d'explorer des portes de nos propres représentations que l'on croyait déjà ouvertes. Les recherches en sciences humaines doivent continuer afin de faciliter la compréhension des processus psychiques en action chez le couple âgé confronté à cette maladie. L'intérêt reste de continuer à améliorer sans cesse et à adapter les prises en charges psychologiques de manière à les rendre plus incisives dans l'amélioration du quotidien du patient mais aussi de tout son entourage familial. A l'heure actuelle, les traitements psychologiques sont des psychothérapies de groupes, ou bien individuels, essentiellement pour les patients. Cependant à l'heure actuelle, on voit apparaître de plus en plus de groupes de soutien pour l'entourage familial des patients. Comme nous venons de le montrer dans nos travaux, le couple est une entité indivisible nécessitant un soin particulier. Les études systémiques proposent des outils pertinents en ce qui concerne la prise en charge des couples (Albernhe et Albernhe, 2008). Fromage, en, 2001 propose la relaxation comme un moyen de rétablir une relation favorable du sujet avec son corps. Il montre, également, que des séances de relaxation permettent aux patients âgés de réintégrer de nouveaux savoirs, de nouvelles capacités que les patients ont mobilisées dans de nouvelles situations. Toujours selon cet auteur : « La relaxation s'oppose à l'expérience quotidienne de la personne âgée. Le corps devient un lieu de gratification et non

plus de plaintes » (Fromage, 2001, p140). On peut imaginer dans le cadre du couple âgé, confronté aux atteintes secondaires du traitement d'un cancer de la prostate, qu'une prise en charge par la relaxation pourrait restaurer au sein du couple une confiance et un contrôle qui paraissait jusque là perdu.

Bibliographie

Alaphilippe D. & Sautel, L., (2000). Contrôle et dépression chez la personne âgée. *Pratiques psychologiques*, N°3, 49-61.

Albernhe, K., Albernhe, T. (2008). *Les thérapies familiales systémiques*. Coll. Médecine et Psychothérapie, 3ème éd., Elsevier Masson, Paris.

American Psychiatric Association, *DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, 1996 (version américaine 1994).

Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, (Septembre 2004). Recommandations pour la pratique clinique Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate-Document à l'usage des professionnels de santé Recommandations. Service communication, Anaes.

Baider, L., Koch, U., Esacson, R., Kaplan De Nour, T., (1998). « Prospective study of cancer patients and their spouses: The weakness of marital strength". *Psycho-Oncology*, 7: 49-56.

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*, vol.8, 125-134.

Balducci, L. (2007). Aging, frailty, and chemotherapy . *Cancer Control*. Vol. 14, Issue 1, p.7-12.

Baltes, P. B. (1996). "On the Incomplete Architecture of Human Ontogeny : Selection, Optimization and Compensation as Foundation of Developmentale theory". *The American Psychological Association*, vol.52, N°4, 366-380.

Beal D.J. & Weiss, H.M. (2003). Method of ecological Momentary Assessment in Organizational Research. *Organizational Research Method*, Vol.6, No 4, 440-464.

Beard, J.R., Cerda, Magda, C., Blaney, S., Ahern, J., Vlahov, D., Galea, S. (2009). Neighborhood Characteristics and Change Symptoms Among Older Residents of New York City., Vol. 99, N° 7.

Beck, A.T., Steer, R.A., Carbin, M.G., (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, Vol. 8, 1, 77-100.

Bellouti, R., Caron, R., (2009). Représentations du cancer en fin de vie: temps, espace et regard de l'autre. *Psycho-Oncologie*, Vol. 3, N°1, 32-37.

Berg, C.A., Hayes, J., Wiebe, D.J., Butner, J., Bloor, L., Bradstreet, C., Upchurch, R. (2008). Collaborative Coping and Daily Mood in Couples Dealing With Prostate Cancer. *Psychology and Aging*, Vol. 23, N°3, 505-516.

Berg, C.A. & Upchurch, R. (2007). A developmental –Contextual Model of Couples Coping With Chronic Illness Across the Adult Life Span. *Psychological Bulletin*, Vol. 133, N°6, 920-954.

Bergman, H., Béland, F., Karunanathan, S., Hummel, S., Hogan, D., Carp, F.M., & Carp, A. (2004). Ego Defense of Cognitive Consistency Effects of Environmental Evaluation. *Journal of Gerontology*, 30, 707-716.

Besançon G., Manuel de psychopathologie, Anxiété, dépression et psychopathologie du corps, 1993, Paris, Dunod.

Bloch, H., Dépret, E., Gallo, A., Garnier, PH., Gineste, M-D., Leconte, P., Le Ny, J-F., Postel, J., Reuchlin, M. et Casalis, D. (2002). Dictionnaire Fondamental de la psychologie. 2ème édition, Larousse.

Bouchard, L., Lespérance, B., Brisson, S., Tremblay, F. (7e édition 2005). Ce qu'il faut savoir sur la chimiothérapie, Les guides de la Fondation Québécoise du cancer, *Bibliothèque Nationale du Québec*.

Bouregba, A.& May-Levin, F. (2007). Anxiété et cancer de la prostate. A propos d'un groupe de parole de patients atteints d'un cancer de la prostate. *Psycho-Oncologie*,1: 162–168.

Bouhia, R. (2007). Les personnes en couple vivent plus longtemps. *INSEE Première*, N° 1155.

Bouisson, J. (2005). *Psychologie du vieillissement et vie quotidienne*, Coll. Psychologie, Théorie, Méthodes, Pratiques, Solal.

Bouisson J, et Swendsen J., (2003). "Routinization and Emotional Well-Being in Daily Life: An Experience Sampling Investigation in an Elderly French Sample." *Journal of Gerontology. Psychological Sciences*, 58B (5):280-282.

Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 84, N°4, 822-848.

Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R., (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*, Paris : Presse Universitaire de France.

Bruchon-Schweitzer, M., (2002). *Psychologie de la santé : Modèle, concepts et méthodes*, Dunod.

Bryk SA, Raudenbush SW. Hierarchical Linear Models. Londres : Sage Publications; 1992.

Cain, A.E., Depp, C.A., Jeste, D.V. (2009). Ecological momentary assessment in aging research : A critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 987-996.

Cancéropôle PACA, (2007). *Rencontre Oncogériatrie (Dossier de presse du vendredi 6 avril 2007)*. Marseille : Université de la Méditerranée.

Cappeliez, P., Landreville, P., Vézina, J. (2000). *Psychologie clinique de la personne âgée*. Les presses de l'université d'Ottawa, Masson.

Chabrol, H. & Callahan, S. (2004). Mécanismes de défense et coping. Coll. Psycho Sup, Dunod, Paris.

Châtelet, Madame du, Préface de Badinter, E., (1997). Discours sur le bonheur (daté aux environs 1746-1747), Rivage poche, petite Bibliothèque.

Cheng, C., (2003). Cognitive and Motivational Processes Underlying Coping Flexibility: A Dual-Process Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 84, No. 2, 425–438.

Cliff, A.M., & MacDonagh, R.F., (2000). Psychosocial morbidity in prostate cancer: II A comparison of patients and partners, *BJU International*, 86, 834-839.

Cohen L, de Moor C, Amato RJ (2001): The association between treatment-specific optimism and depressive symptomatology in patients enrolled in a Phase I cancer clinical trial. *Cancer* 91:1949–1955.

Costa P.T., and McCrae R.R.: Psychological research in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Zeitschrift fur Gerontologie* 26: 138-141, 1993.

Couper, J., Bloch, S., Love, A., Macvean, M., Duchesne, G., Kissane, D. (2006). Psychosocial adjustment of female partners of men with prostate cancer: A review of the literature. *Psycho-Oncology*, 15:937-953.

Cousson, 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.

Csikszentmihalyi, M.R. & Graef, R. (1980), The experience of freedom in everyday life. *American Journal of Community Psychology*, 18, 402-414.

Csikszentmihalyi, M.R. & Larson, R. (1987) "Validity and reliability of the experience-sampling method", *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 175, N°9, 526–36.

Dale, W., Hemmerich, J. and Meltzer, D. (2007). Extending the validity of the Memorial Anxiety Scale for Prostate Cancer (MAX-PC) at the time of prostate biopsy in a racially-mixed population. *Psycho-Oncology*, 16: 493–498.

De Butler, A. (2008). Le couple et l'épreuve du temps ; L'odyssée du couple. Coll. Couples, famille et métamorphoses, Eres.

DeVries, M.W. (1987). Investigating mental disorders in their natural settings. *The Journal Of Nervous and Mental Disease*. Vol. 175, N°9.

Dupré la Tour, M. (2005). *Les crises du couple ; Leur fonction et leur dépassement*. Col. Le couple et la famille, Eres.

Edwards, B. & Clarke, V. (2004). The psychological impact of a cancer diagnosis on families: The influence of family functioning and patient's illness characteristics on depression and anxiety. *Psycho-Oncology*, 13, 562-576.

Feltwell, A.K. & Rees, C.E. (2004). The information-seeking behaviours of partners of men with prostate cancer: a qualitative pilot study. *Patient Education and Counseling*, vol. 54, 179-185.

Ferrey, G. & Le Goués, G. (2008). *Psychopathologie du sujet âgé*. Coll. Les âges de la vie, Elsevier Masson.

Fischer, G-N., Tarquinio, C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Dunod, Paris.

Fleming, A.D., Sheppard V. B., Mangan, P. A., Taylor, K. L., Tallarico, M., Adams, I. and

Fontaine, R., (2007). *Psychologie du vieillissement*, Coll. Psycho Sup, Dunod, 2ème édition, Paris.

Foucart, J., (2003). La vieillesse : une construction sociale. ISSN numérique, p. 7 à 18.

Fricke, J., & Unsworth, C. (2001). Time use and importance of instrumental activities of daily living. *Australian Occupational Therapy Journal*. 48, 118-131.

Freud S., (1965). Inhibition, symptômes et angoisse, PUF, Paris.

Freud, S. (1905). Trois essais sur la théorie sexuelle, PUF, Paris.

Freund, A.M., Baltes, P.B. (1998) “ Selection, Optimization, and Compensation as Strategies of Life Management: Correction to Freund and Baltes”. *Psychology and Aging*, vol. 14, N°4, 700-702.

Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J. et coll., (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56A(3), M146-M156.

Fromage B., Groupe de relaxation avec des personnes âgées en institution, *Champ Psychosomatique* 2001/4, n° 24, 131-144.

Gaffiot dans Nicot, trésor de langue, 1906, (1934). Dicofro.org, 1ère édition du dictionnaire de l'Académie française 1694.

Geinitz, H., Zimmermann, F. B., Thamm, R., Erber, C., Müller, T., Keller, M., Busch, R., Molls, M. (2006). Late rectal symptoms and quality of life after conformal radiation therapy for prostate cancer. *Radiotherapy and Oncology*, 1-7.

Gerbershagen, H. J., Ozgür, E., Straub, K., Dagtekin, O., Gerbershagen, K., Petzke, F., Heidenreich, A., Lehmann, K.A., Sabatowski, R. (2008). Prevalence, severity, and chronicity of pain and general health-related quality of life in patients with localized prostate cancer. *European Journal of Pain*, 12, 339–350.

Gore, J.L, Krupski, T., Kwan, L. (2005). Partnership status influences quality of life in low-income, uninsured men with prostate cancer. *Cancer* 104(1): 191-8

Grondin, O.S., Husky, M.M., Doron, J., Dovero, M., Swendsen, J.D. (2002) « Anxiété, dépression et expérience quotidienne du stress », *Annales Médico Psychologique*, 161, 760-765.

Hamilton, E. (1978). *La mythologie*. Marabout, Verviers.

Hardy-Baylé, M.C., (2000). *Psychiatrie*, Doin, Inter Med.

Harvard Medical School, (2009). Treating generalized anxiety disorder in the elderly: Why psychotherapy may a better first choice than medication. *Harvard Mental Health Letter*, vol.26, n°3.

Harlan LC, Potosky AP, Gilliland FD, Hoffman R, Albertsen, PC, Hamilton A, Eley JW, Stanford JL, Stephenson RA. Factors Associated with Initial Therapy for Clinically Localized Prostate Cancer: Results from the Prostate Cancer Outcomes Study. *Journal of the National Cancer Institute* 2001; 93:1864-1871.

Haut Comité de la santé publique, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, (2002). La santé en France, 2002.

Hektner, J.M., Schmidt, J.A., Csikszentmihalyi, M. (2007). *Experience Sampling Method: Measuring the Quality of Everyday Life*. Sage Publications, London.

Hervouet, S., Savard, J., Simard, S., Ivers, H., Laverdière, J., Vigneault, E., Fradet, Y. and Lacombe, L.(2005). Psychological Functioning Associated with Prostate Cancer: Cross-Sectional Comparison of Patients Treated with Radiotherapy, Brachytherapy, or Surgery. *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 30 No. 5.

Heyman, E.N., Rosner, T.T. (1996), "Prostate cancer: an intimate view from patients and wives", *Urological Nursing*, Vol. 16 pp.37–44.

Hoerni, B., Durand, M., Labescat, J., Loo, H., Olie, J_P., Pelicier, N., Tasset, Y. (1998). Images et représentations des cancers. *L'encéphale du praticien*, N°2, 53-58.

Holahan, C. J.,& Moos, R. H., (1991). Life Stressors, Personal and Social Resources, and Depression: A 4 year Structural Model. *Journal of Abnormal Psychology*, 1991. Vol. 100, No. 1,31-38.

Holden, G., Bearison, D.J., Rode,D.C., Kapiloff, M.F., Rosenberg, G., Rosenzweig, J. (2002). The Impact of a Computer Network on Pediatric Pain and Anxiety : A Randomized Controlled Clinical Trial. *Social Work in Health Care*, Vol. 36(2).

Holwerda, T., Schoevers, R.A., Dekker, J., Deeg, D.J.H., Jonker, C., Beekman, A.T.F. (2007). The relationship between generalized anxiety disorder, depression and mortality in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 241-249.

Hopko, D.R., Bourland, S.L., Stanley, M.A., Beck, J.G., Novy, D.M., Averill, P.M., Swann, A.C. (2000). Generalized anxiety disorder in older adults: Examining the relation between clinician severity ratings and patient self report measures. *Depression and anxiety*, 12, 217-225.

Jani, A. B., Hellman, S.(2003). Early prostate cancer: clinical decision-making. *The lancet*, vol. 361, 1045–53.

Jardin, A., (2009). *Quinze ans après*. Grasset, Paris.

Johnson, E.I., Grondin, O., Barrault, M., Faytout, M., Helbig, S., Husky, M., Granholm, E.L., Loh, C., Nadeau, L., Wittchen, H-U., Swendsen, J., (2009). Computerized ambulatory monitoring in psychiatry: a multi-site collaborative study of acceptability, compliance, and reactivity. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18(1): 48–57.

Johnson, J.E., Lauver, D.R. and Lillian M.N., (1989). Process of coping with radiation Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 57, No. 3, 358-364.

Johnson, C., & Larson, R. (1982). Bulimia: An analysis of mood and behavior. *Psychosomatic Medicine*, 44, 341-351.

Kirk, D. (1998). Prostate cancer in the elderly. *European Journal Of Surgical Oncology*, vol. 24: 379-383.

Kirschner-Hermanns R., Jakse G.(2002) “Quality of life following radical prostatectomy”, *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 43, 141-151.

Klumb, P.L., (2001). Action regulation in old age: Time samples from everyday contexts. *International Journal of Behavioral Development*, 25 (4), 392–399.

Kotkamp-Mothes, N., Slawinsky D., Hindermann, S. And Strauss, B. (2005). Coping and psychological well being in families of elderly cancer patients. *Elsevier Ireland*.

Krahn, M.D., Bremner, K.E., Asaria, J., Alibhai, M.H., Nam, R., Tomlinson, G., Jewett, Warde, P. & Naglie, G. (2002). The ten-year rule revisited:accuracy of clinicians' estimates of life expectancy in patients with localized prostate cancer. *Urology*, 60: 258–263

Krongrad, A., Litwin, M.S., Lai, H., Lai, S., (2005). Dimensions of quality of life in prostate cancer. *Journal of Urology*, vol. 160, Issue 3, 1, p. 807-810.

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: 246–251.

Lavery, J. F. et Clarke, V. A., (1999). Prostate cancer: patients' and spouses' coping and marital adjustment. *Psychology, Health & Medicine*, Vol. 4, N°. 3.

LeRouzo, M.L., Aebischer V., Auffray, C., Bouisson, J., Boujon, C., Isingrini, M., Lemerrier, C., Papin, F., Taconnat, L. sous la coordination de Le Rouzo, M.L. (2008). La personne âgée, *Psychologie du vieillissement*. Coll. Amphi Psychologie, dirigée par Weil-Barais, A., Bréal.

La Ligue nationale contre le cancer : <http://www.ligue-cancer.net>

La Ligue nationale contre le cancer : <http://www.ligue-cancer.net/article/le-cancer/qu-est-ce-que-le-cancer-> Mise à jour le 02/10/2007

La Ligue nationale contre le cancer 2007, Etude Francim, le réseau français des registres de cancer.

Lintz, K., Moynihan, C., Steginga, S., Normand, 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*, vol. 12: 769–783.

Litman, J. A. (2006). The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences*. 41 (2006) 273–284.

Litwin, M.S., Flanders, S.C., D.J., Pasta, Stoddard, M.L., Lubeck, D.L & Henning J.H. (1999). Sexual function and bother after radical prostatectomie or radiation prostate cancer: Multivariate quality of life analysis from CaPSURE. *Adult Urology*, 54: 503–508.

Llorente, M.D., Burke, M., Gregory, G.R., Bosworth, H.B., Grambow, S.C., Horner, R.D., Golden, A., Olsen, E. (2005) "Prostate cancer: A significant risk factor for late-life suicide", *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 13, Issue 3, 195-201.

Love, A.W., Scealy, M., Bloch, S., Duchesne, G., Couper, J., Macvean, M., Costello, A., Kissane, D.W. (2008). Psychosocial adjustment in newly diagnosed prostate cancer. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 42:423_429.

Luria R. The validity and reliability of the Visual Analog Mood Scale. *J Psychiatr Res* 1975. 12 : 51-7.

Manne, S., Glassman, M. (2000). Perceived Control, Coping Efficacy, and Avoidance Coping as Mediators Between Spouses' Unsupportive Behaviors and Cancer Patients' Psychological Distress. *Health Psychology*, Vol. 19, No. 2, 155-164.

Matthew, A.G., Goldman, A., Trachtenberg, J., Horsburgh, S., Currie, K., Ritvo, P., (2005). Sexual Dysfunction after Radical Prostatectomy: Prevalence, Treatment, Restricted use of Treatments and Distress. *The Journal of urology*, vol. 174, Issue 6, p.2105-2110.

McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:89–99.

Méautis, G. (1959). *Mythologie Grecque*. Albin Michel, Paris.

Miner, A.G., Glomb, T.M., Hulin, C.L., (2001). Mood at Work: Experience sampling using Palmtop computers. In Weiss, H., *Experience Sampling Methods (ESM) in organizational research*, Symposium conducted at the 16 th Annual Conference of the Society for Industrial and Organizational Psychology, San Diego.

Mollenkopf, H., Marcellini, F., Ruoppila, I., Flaschenträger, P., Galiardi, C., Spazzafumo, L. (1997). Outdoor mobility and social relationships of elderly people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 24, 295-310.

Monahan, P.O., Champion, V., Rawl, S., Giesler, R.B., Given, B., Given, C.W., Burns, D., Bigatti, S., Reuille, K.M., Azzouz, F., Wu, J. & Koch, M. (2007). What contributes more strongly to predicting QOL during 1-year recovery from treatment for clinically localized prostate cancer: 4-weeks-post-treatment depressive symptoms or type of treatment? *Quality of Life Research*, vol. 16, 399–411.

Monfardini, S., Gridelli, C., Pasetto, L.M., Soubeyran, P., Droz, J.P., Basso, U., (2008). Vulnerable and frail elderly: An approach to the management of the main tumour types, *European Journal of Cancer*, vol.44, Issue 4, p. 488-493.

Newport DJ, Nemeroff CB. Assessment and treatment of depression in the cancer patient. *J Psychosom Res* 1998 ; 45 : 215-37.

Nordin, K., Berglund, G., Glimelius, B., Sjöden, P.O. (2001). Predicting anxiety and depression among patients: a clinical model. *European Journal of Cancer*, 37, 376-384.

Normand, J., Lasry, J-C., Margolese, R.G., Perry, J-C., Fleischer, D., (2004). Marital communication and depressive symptoms in breast cancer couples. *Bulletin Cancer*, 91, 193-9.

Northouse L., Templin T., Mood D.,(2001) "Couples' adjustment to breast cancer disease during the first year following diagnosis", *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 24, No. 2.

Oliè, J-P., Lôo, H., (1992). *Cas clinique en psychiatrie*. Flammarion.

Olivera, J., Benabarre, S., Lorente, T., Rodriguez, M., Pelegrin, C., Calvo, J-M., Leris, J-M., Idanez, D. and Arnal, S. (2008). Prevalence of psychiatric symptoms and mental disorders, detected in primary care in an elderly Spanish population. The PSICOTARD Study: preliminary findings, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 915-921.

Ong, A.D. & Allaire, J.C. (2005). Cardiovascular Intraindividual Variability in Later Life : The influence of Social Connectedness and Positive Emotions. *Psychology and Aging*, Vol. 20, N°3, 476-485.

Pasini, W., (1996). *A quoi sert le couple ?* Odile Jacob.

Passerieux C., Troubles anxieux et névrotiques, dans Psychiatrie, Hardy-Balé, 2000, Editions Doin, Paris.

Petit, S., Bouisson, J., (In Presse). Couple âgé et cancer de la prostate dans Les Journées scientifiques «Vieillesse et Vieillesse - Vulnérabilités et Ressources - Regards croisés». *Presse Universitaire de Bordeaux*.

Pirl, W.F., Greer J.A., Goode, M., and Smith, M.R. (2008). Prospective study of depression and fatigue in men with advanced prostate cancer receiving hormone therapy. *Psycho-Oncology*, 17, 148-153.

Preville, M., Boyer, R.B., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punt, R., Baril, M-C., Streiner, D.L., Cairney, J., Brassard, J. (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *La revue canadienne de psychiatrie*, Vol. 53, N°12, décembre.

Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

Resendes, L.A., McClorkle, R. (2006). Spousal Responses to Prostate Cancer: An Integrative Review. *Cancer Investigation*, vol. 24: 192-198.

Roesch, Scott, 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*, Vol. 28, No. 3.

Rosenfeld, B., Roth, A.J., Gandhi, S., Penson, D., (2004). Differences in health-related quality of life of prostate cancer patients based on stage of cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 800-807.

Saint-Exupéry, A.D., (1959). *Terre des hommes*. Bibliothèque de la Pléiade, Gallimard.

Salles, C. (2003). *La mythologie grecque et romaine*. Coll. Hachette Littératures, Tallandier.

Salamon, R., Johnson, E.I., Grondin, O., Swendsen, J. (2009). Étude des problèmes comportementaux et émotionnels chez l'adolescent : faisabilité et validité de l'approche ESM. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 19, 41-46.

Scott, C., Stern, J., Asbell, S., Osborne, D., Peer, J., Wasserman, T., Hinrich, S., Paulus, R., Scarantino, C., Bruner, D.W. (2001). Age and Marital Status Linked to Quality of Life of Long Term Survivors of Head and Neck or Prostate Cancer: Report from a Survey of Radiation Therapy Oncology Group Patients. *Radiation Oncology Biol. Phys.* Vol. 51, Number 3, Supplement 1.

Schwartz, K.L., Alibhai, S.M., Tomlinson, G., Naglie, G., Kohn, M.D. (2003). Continued undertreatment of older men with localized prostate cancer. *Urology*, 62, 860-865.

Sharpley, C.F., Bitsika, V., Christie, D.R.H. (2009). Understanding the causes of depression among prostate cancer patients: development of the effects of prostate cancer on Lifestyle Questionnaire. *Psycho-Oncology*, 18, 162-168.

Sharpley, C.F. & Christie, D.R.H. (2007). Actual change in anxiety and depression among Australian men with prostate cancer. *Journal of Men's Health and Gender*, vol. 4, No. 1, pp. 32–38.

Smalbrugge, M., Jongenelis, L., Pot, A.M., Beekman, A. T. F. and Eefsting, J.A.(2005). Comorbidity of depression and anxiety in nursing home patient. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20, 218–226.

Soloway, C.T., Soloway, M.S., Kim, S.S., Kava, B.R. (2005). Sexual, psychological and dyadic qualities of the prostate cancer 'couple'. *B J U International*, 95, 780-785.

Spiegel, D., & Giese-Davis, J., (2003). Depression and Cancer: Mechanisms and Disease Progression. *Society of Biological Psychiatry*, 54, 269-282.

Stanley, M.A., Diefenbach, G.J., Hopko, D.R., Novy, D., Kunik, M.E., Wilson, N., Wagener, P. (2003). The nature of generalized anxiety: Preliminary Findings. *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment*, Vol. 25, N°4, Décembre.

Stommel, M., Kurtz, M.E., Kurtz, J.C., Given. B. and Given, C.W. (2004). A Longitudinal Analysis of the Course of Depressive Symptomatology in Geriatric Patients With Cancer of the Breast, Colon, Lung, or Prostate. *The American Psychological Association*, vol. 23, No. 6, 564–573.

Stone, A.A., Shiffman, S., Schwartz, J.E., Broderick, J.E., Hufford, M.D. (2003). Patient compliance with paper and electronic diaries. *Control clin Trials*, 24(2), 182-99.

Swendsen, J.D. (1997) "Anxiety, depression, and their comorbidity: An experience sampling test of the helplessness-hopelessness theory", *Cognitive Therapy and research*, vol. 21, Issue 1, 97-114.

Swendsen, J.D., Tennen, H., Carney, M.A., Affleck, G., Willard, A., and Hromi, A. (2000). Mood and alcohol consumption: An expérience sampling test of the self-medication hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 198-204.

Rees, C.E., Sheard, C.E., Echlin, K.N., (2003). A pilot study investigating the relationship between the information-seeking behaviors and informations needs of partners of men with prostate cancer. *Patient Educ Counsel*, 49, 257-61.

Ritchie, K., Artero, S., Beluche, I., Ancelin, M-L., Mann, A., Dupuy, A-M., Malafosse, A., Boulenger, J-P. (2004). Prevalence of DSM IV psychiatric disorder in the french elderly population. *British Journal of Psychiatry*, 184, 147-152.

Roth, A.J., Rosenfeld, B., Kornblith, A.B., Gibson, C., Scher, H. I. (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.

Teachman, B.A. (2006). Aging and negative affect: The rise and fal and rise of anxiety and depression symptoms. *Psychology and Aging*, Vol. 21, N°1, 201-207.

Towsley, G.L., Beck, S.L., Watkins, J.F. (2007). "Learning to live with it": Coping with the transition to cancer survivorship in older adults. *Journal of Aging Studies*, 21, 93-106.

Trébucq, A., Peyromaure Debord, M., Audhuy, B., Jung, J-L., Bastien, H.(2008). Actions pour les malades et leurs proches Grand public : Le cancer de la prostate. *Information - prévention – dépistage Ligue Nationale Contre le Cancer*.

Tubiana, M. (2002). *Le vieillissement : aspect médicaux et sociaux*. Académie des sciences/ Edition scientifiques et médicales Elsevier SAS.

Vézina, J., Landreville, P., Bourque, P., Blanchard, L. (1991). Questionnaire de dépression de Beck : Etude psychométrique auprès d'une population âgée francophone, *Canadian Journal on Aging*, vol 10 (1), p29-39.

Viger, M. (2006). *L'UTILISATION DES COULEURS VIVES OU DU CONTRASTE NOIR/BLANC : Impact sur les activités de la vie quotidienne chez les adultes présentant une atteinte du champ visuel périphérique et central*. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval dans le cadre du programme de maîtrise en médecine expérimentale pour l'obtention du grade de Maître ès sciences (M. Sc.) FACULTÉ DE MÉDECINE UNIVERSITÉ LAVAL QUÉBEC.

Waldert, M., Djavan, B. (2006). Cancer de la prostate du sujet âgé, Prostate cancer in the elderly patient. *Annales d'Urologie*, 40, 336-341.

Wasan, A., Artamonov, D., Srdjan, M., Nedeljkovic, S., (2005). Delirium, depression, and anxiety in the treatment of cancer pain. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management* , 9, 139-144.

Wooten, A.C., Burney, S., Foroudi, F., Frydenberg, M., Coleman, G., Ng, K.T. (2007). Psychological adjustment of survivors of localised prostate cancer: investigating the role of dyadic adjustment, cognitive appraisal and coping style. *Psycho-Oncology*, 16, 994-1002.

Wymenga, A.N.M., Slaets, J.P.J., Sleijfer, D. Th., (2001). Treatment of cancer in old age, shortcomings and challenges. *The Netherlands Journal of Medicine*;59:259–266

Zuckerman, M. & Gagneb, M. (2003). The COPE revised: Proposing a 5-factor model of coping strategies. *Journal of Research in Personality* . 37, 169–204.

Glossaire

Adénome : Tumeur qui se développe aux dépends d'une glande.

Cohérence interne : La cohérence interne d'une échelle renvoie à la « cohésion structurale » des items qui la composent.

Coping dyadique : Ensemble des efforts d'un ou des deux partenaires pour gérer stress individuel ou conjugal avec des stratégies de maintien ou restauration d'équilibre dyadique et personnel.

Epidémiologie : Discipline scientifique qui étudies la fréquence des maladies (incidence), leur répartition dans la société, les facteurs de risques et les décès liés à cette maladie. Ces informations sont indispensables pour la médecine préventive.

Facteurs de risque : Caractéristique liée à une personne, à son environnement, sa culture, ou son mode de vie et qui entraîne pour elle une probabilité plus élevée de développer une maladie.

Fidélité test-retest : Evaluation de la précision d'une échelle consiste à déterminer dans quelle mesure deux évaluations faites à deux moments différents, à l'aide de la même échelle et avec les mêmes sujets, se recourent, autrement dit, à établir le degré de corrélation entre les résultats.

Impuissance désespoir : Modèle des troubles anxio-dépressifs. Les sujets expliquant les événements négatifs en terme de causes internes, stables et globales (je suis coupable, cela va durer et va affecter tout ce que je fais) auront précisément tendance à être déprimés ou anxieux et ainsi à réagir par l'impuissance quand les événements négatifs se produiront.

Incidence : Nombre de cas de maladie apparus pendant une période de temps donnée au sein d'une population.

Leucémie : Tumeur des tissus sanguins.

Lymphome : Tumeur des ganglions lymphatiques.

Lymphome non hodgkinien : Cancer développé à partir de cellules lymphoïdes ou lymphocytes qui se distingue des leucémies de même origine par la prépondérance de tumeurs, en particulier des ganglions lymphatiques, et par l'absence de cellules anormales dans le sang.

Maladie de Hodgkin : Forme de lymphome.

Nosologie : étude des caractères des maladies permettant la nosographie.

Nosographie : description des maladies suivant leur nature, leur origine (connue ou inconnue), leur évolution (aigue ou chronique), etc.

Oncologie : Etude des tumeurs cancéreuses.

Palm : Pionner des assistants personnels (PDA), ordinateur de poche.

Paradigme : Modélisation qualitative, modèle.

Prévalence : Nombre de cas de maladie, ou de tout autre événement médical, enregistré dans une population déterminée et englobant aussi bien les cas nouveaux que les cas anciens.

Prostatique antigène spécifique (PSA) : Substance constituée d'un glucide et d'une protéine sécrétée uniquement par la prostate.

Psychométrie : Science étudiant l'ensemble des techniques de mesures pratiquées en psychologie, ainsi que les techniques de validation de ces mesures.

Sémiologie : étude des signes et des symptômes, de leur valeur diagnostique et pronostique.

Syndrome : Ensemble de signes et de symptômes dont l'association est caractéristique d'une manifestation malade particulière.

Taxinomie : Sciences des lois de la classification.

Index des figures et schémas

Partie Théorique :

Tableau 1 : Fréquence et mortalité des 6 cancers les plus fréquents chez les hommes en France, en 2005 **P16**

Tableau 2 : Fréquence et mortalité des 6 cancers les plus fréquents chez les femmes en France, en 2005 **P16**

Schéma 1 : Situation anatomique de la prostate **P18**

Tableau 3 : Taux moyen de complications pour le traitement de contrôle local d'un cancer de la prostate par Ashesh B Jani et Samuel Hellman, 2003. **P22**

Schéma 2 du modèle de l'histoire du couple à l'épreuve du temps selon Annie de Butler, 2008. **P30**

Schéma 3 de l'évolution temporelle du « groupe conjugal » d'un point de vue systémique selon Albernhe et Albernhe, 2008. **P33**

Schéma 4 du modèle des processus cognitifs et motivationnels sous-jacent la flexibilité cognitive, Cheng, 2003. **P36**

Schéma 5 du modèle de prédiction dans une situation où le stress est relativement bas. (D'après le modèle de Holahan et Moos, 1991, In Chabrol et Callahan, 2004, p119). **P37**

Schéma 6 de l'évaluation dyadique, coping et ajustement du couple, Berg et Upchurch, 2007, p933. **P36**

Tableau 4 Quelques signes et symptômes pouvant être confondus ou permettant de différencier la dépression et la maladie d'Alzheimer (D'après Gallarda, 2002, p17, in Rouzo, 2008, p106). **P48**

Schéma 7 des taux de patients anxieux aux différents temps de la prise en charge selon Dale et al., 2005. In Bouregba et May-Levi, en 2007. **P53**

Tableau 5: Pourcentage d'acceptation à l'étude auprès des personnes contactées et pourcentage de compliance parmi les participants aux études ambulatoires (dans Johnson et al., 2009, p 52). **P59**

Partie Empirique :

Tableau 1. Statistiques descriptives des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon total **P77**

Figure 1. Taux de compliance des participants à l'étude suivant le temps d'évaluation **P78**

Tableau 2. Statistiques descriptives des variables de l'étude des 96 participants **P79**

Tableau 3. Effets prospectifs des stratégies de coping sur le sentiment d'être heureux (couple) **P79**

Tableau 4. Effets prospectifs des stratégies de coping sur le sentiment d'être heureux séparément chez les patients et les conjointes **P80**

Tableau 5. Effets prospectifs des stratégies de coping sur le sentiment d'être inquiet (couple) **P81**

Tableau 6. Effets prospectifs des stratégies de coping sur le sentiment d'être inquiet séparément chez les patients et les conjointes **P81**

Tableau 7. Effets prospectifs des stratégies de coping sur le sentiment d'être triste (couple) **P82**

Tableau 8. Effets prospectifs des stratégies de coping sur le sentiment d'être triste séparément chez les patients et les conjointes **P82**

Tableau 9. Effet du sexe sur les fréquences des différentes stratégies de coping (couple) **P83**

Figure 2. Niveau moyen du soutien conjugal pour le patient et sa conjointe sur les trois temps d'évaluation **P83**

Tableau 10. Effets prospectifs des stratégies de coping tout au long du traitement (couple) **P84**

Tableau 11. Effets prospectifs des stratégies de coping séparément chez les patients et les conjointes, tout au long de traitement **P84**

Tableau 12. Effets prospectifs des ressentis émotionnels tout au long du traitement (couple) **P85**

Tableau 13. Effets prospectifs des ressentis émotionnels tout au long du traitement séparément chez les patients et les conjointes **P86**

Figure 3. Moyenne du nombre total de stratégies de coping pour le patient et sa conjointe sur les trois temps d'évaluation **P86**

Tableau 14. Effets prospectifs des ressentis émotionnels sur le soutien conjugal tout au long du traitement (couple) **P87**

Tableau 15. Effets prospectifs des ressentis émotionnels sur le soutien conjugal tout au long du traitement, chez le patient **P88**

Tableau 16. Effets prospectifs des stratégies de coping sur le soutien conjugal tout au long du traitement (couple) **P88**

Tableau 17. Effets prospectifs des stratégies de coping sur le soutien conjugal tout au long du traitement, séparément chez les patients et les conjointes **P89**

Sommaire des annexes

Annexes 1. Mode d'emploi ESM	p116
Annexes 2. Questionnaires ESM	p120
Annexes 3. Questionnaires des données sociodémographiques	p125
Annexes 4. Données médicales des patients	p126
Annexe 5. Chapitre d'ouvrage : Petit, S., Lafaye, A., Cousson-Gélie, F., Bouisson, J. <i>Le couple âgé face au traitement du cancer de la prostate</i> in De Ribaupierre, A., Ghisletta, P., Lecerf, T., Roulin, JL., identité et spécificités de la psychologie différentielle, Presses universitaires de rennes. Sous presse	p128
Annexe 6. Chapitre d'ouvrage : Petit, S., Bouisson, J. <i>Vie quotidienne du couple âgé face au cancer de la prostate</i> In Cousson-Gélie, F., Langlois, E., Barrault M., Cancers, corps et identités, Tikinagan. Sous presse	p130
Annexe 7. Chapitre d'ouvrage : Petit, S., Bouisson, J., 2008. <i>Couple âgé et cancer de la prostate</i>, dans « Vieillesse et Vieillesse - Vulnérabilités et Ressources - Regards croisés », Presses universitaires de bordeaux. Sous presse	p137

Annexe 1. Mode d'emploi questionnaire en vie quotidienne

Matériels : Une montre

Un bloc de questionnaires

Vous venez de recevoir une montre ainsi qu'un bloc de questionnaire. Votre montre va sonner 4 fois dans la journée et ce durant 4 jours. A chacune des sonneries, il vous faudra remplir un questionnaire.

Nous vous proposons un exemple de remplissage afin de vous aider dans votre démarche.

La montre sonne pour la première fois, il est 9h00 du matin. Ouvrez votre bloc à la première page du premier questionnaire :

➤ PAGE 1

1

Questionnaire en vie quotidienne

A chaque sonnerie de la montre, nous vous demandons de bien vouloir remplir le questionnaire correspondant à l'heure affichée.

Nous vous remercions de votre participation à cette étude.

Vous pouvez commencer à remplir de la page 2 à la page 4 :

➤ **PAGE 2**

Date : / / Heure au moment du signal: 9 H 00

Heure de remplissage: 9 H 01

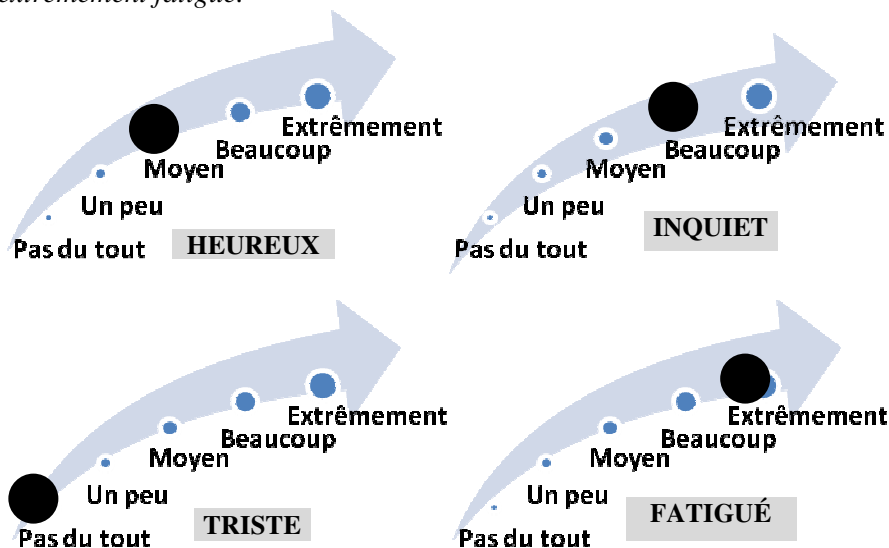
1°- Où êtes-vous en ce moment : *Nous vous demandons d'entourer la réponse correspondante à votre situation.*

Avec qui (Plusieurs choix possibles): *Nous vous demandons d'entourer la réponse correspondante à votre situation.*

2°- Quelle est votre activité principale en ce moment (Plusieurs choix) : *Nous vous demandons d'entourer la réponse correspondante à votre situation.*

3°- En ce moment, comment vous sentez vous: *Pour chacune des 4 propositions nous vous demandons d'entourer le degré correspondant à votre ressenti.*

Par exemple : En ce moment je me sens moyennement heureux, beaucoup inquiet, pas du tout triste, extrêmement fatigué.



➤ **PAGE 3**

4° - Vous sentez vous soutenu(e) en ce moment ? Pour chacune des questions, nous vous demandons d'entourer le chiffre correspondant à votre ressenti.

1 correspondant à **Pas du tout** ... 5 correspondant à **Extrêmement**.

Pas du tout ① 2 3 4 5 Extrêmement

5° - Aimerez vous savoir ce que pense votre conjoint(e) en ce moment ? *Idem question 4°*

6° - Aimerez vous savoir ce qu'éprouve votre conjoint(e) en ce moment ?

Idem question 4°

7° - Depuis le signal précédent, un événement vous a peut être affecté, indiquez dans quel(s) domaine(s) il se situe (cocher la ou les case(s) correspondante(s)) : *Nous vous demandons de cocher la ou les case(s) correspondante(s) à votre réponse concernant un événement qui vous aurait affecté depuis la dernière sonnerie de la montre, un événement qui vient de se produire et qui vous a perturbé.*

➤ **PAGE 4**

Après avoir coché le(s) domaine(s) précédemment cité(s), pouvez-vous décrire cet événement :

Essayez de décrire au mieux l'événement dont vous venez de parler... *Qu'est ce qui vous a plu ou déplu dans les 3 dernières heures.* _____

8° - Comment avez vous réagi à cet événement? *Nous vous demandons, pour chacune des propositions d'indiquer si vous avez réagit de cette manière face à l'événement que vous venez de citer (cocher la case correspondante, vous avez plusieurs choix possible).*

Heure de fin de remplissage du questionnaire: 9H 06

Vous venez de remplir le premier questionnaire, il vous faut attendre la prochaine sonnerie, pour débiter le suivant. Nous vous remercions de votre participation, si vous rencontrez le moindre problème lors du remplissage du bloc de questionnaire, n'hésiter pas à contacter

Sylvie Petit

06

Annexe 2. Questionnaire ESM



Laboratoire de psychologie : Santé et Qualité de Vie, EA 4139
3, Ter Place de la Victoire- 33076 Bordeaux cedex.
05 57 57 19 64

Questionnaire en vie quotidienne

NOM: /_/_/_/_/ Date : |_|_|_|_|_|_2_|0_|_|_|

N° d'inclusion : /_/_/_ /_/_/_/_

Evaluation 1 2 3

Matériels : Une montre
Un bloc de questionnaires

Si vous rencontrez le moindre souci ou que vous désirez de plus amples informations, vous pouvez contacter
Sylvie PETIT 06

Questionnaire en vie quotidienne

A chaque sonnerie de la montre, nous vous demandons de bien vouloir remplir le questionnaire correspondant à l'heure affichée.

Nous vous remercions de votre participation à cette étude.

Date : / / Heure au moment du signal: __ H __

Heure de remplissage: __ H __

Pour les questions 1, 2, 3, veuillez entourer les réponses correspondantes à votre situation

1° - Où êtes-vous en ce moment :

CHEZ VOUS - CHEZ FAMILLE - CHEZ AMIS - HOPITAL / LABORATOIRE / PHARMACIE
RESTAURANT - PARC/JARDIN - COURSES - AUTRES ENDROITS EXTERIEUR.

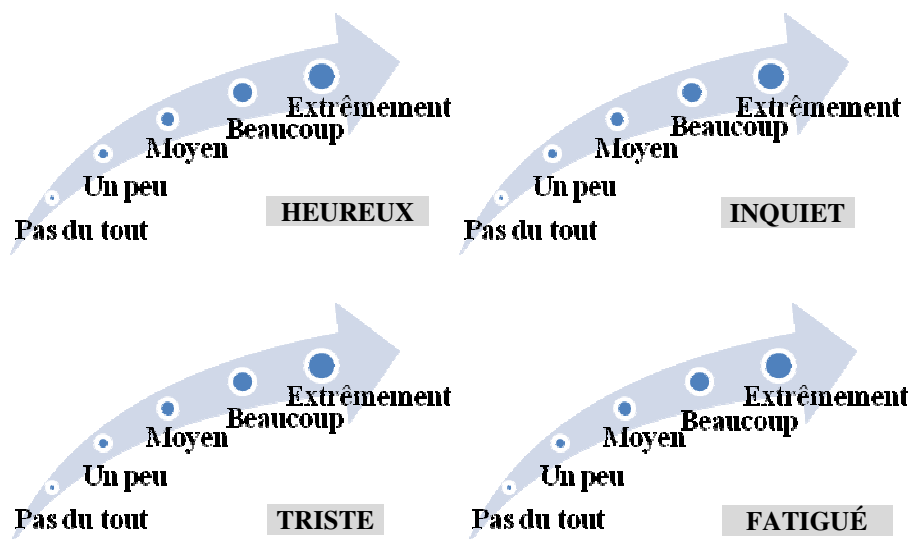
Avec qui (Plusieurs choix possibles):

SEUL(E) - CONJOINT(E) - ENFANTS - FRERE / SŒUR - AMIS - INCONNUS -
PERSONNEL SANTE / SOINS - ANIMAUX - AUTRES.

2° - Quelle est votre activité principale en ce moment (Plusieurs choix) :

MANGER - SIESTE - CUISINER/ MENAGE - TOILETTE - SOINS MEDICAUX
LOISIRS PASSIFS (Télévision/Lecture) - JARDIN/BRICOLAGE - LOISIRS ACTIFS
(Voyage/ Promenade/ Sports) - TRAVAIL - AUTRES.

3° - En ce moment, comment vous sentez vous ? (Répondre aux 4 propositions)



4°- Vous sentez vous soutenu(e) en ce moment ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 Extrêmement

5°- Aimeriez vous savoir ce que pense votre conjoint(e) en ce moment ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 Extrêmement

6°- Aimeriez vous savoir ce qu'éprouve votre conjoint(e) en ce moment ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 Extrêmement

7°- Depuis le signal précédent, un événement vous a peut être affecté, indiquez dans quel(s) domaine(s) il se situe (cocher la ou les case(s) correspondante(s)) :

Qu'est ce qui vous a plu ou déplu dans les 3 dernières heures et dans quel domaine?

Personnel santé, médecin infirmière	Traitement, Médicaments	Attente de résultats médicaux
Famille	Amis et connaissances	Domaine d'ordre financier
Religion/ Spiritualité	Transport	Maison
Sexualité	Travail	Autres ...

Après avoir coché le(s) domaine(s) précédemment cité(s), pouvez-vous décrire cet événement :

8°-Comment avez vous réagi à cet événement? (Cochez la ou les case(s) correspondante(s))

J'ai cherché une solution	Je sais ce qu'il faut faire aussi je redouble d'efforts et fais tout mon possible pour y arriver
Je n'ai pas pu éviter les problèmes et je me suis senti mal	J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi
J'ai essayé de tout oublier	Je me suis culpabilisé(e)
J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais	J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis
J'ai recherché de l'aide auprès des autres	J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions
J'ai pris la situation avec humour	J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse
J'ai cherché une explication à ce qui m'arrive	Je suis sorti plus fort(e) de la situation
J'ai prié ou médité	J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait agir concrètement au niveau du problème

Heure de fin de remplissage du questionnaire: __ H __

Annexe 3. Questionnaire des données sociodémographiques

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^e /mois
<8000francs*

*entre 1200^e et 1300^e /mois
entre 8000 francs et 9000francs*

*> 1300^e /mois
> 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 :

Annexe 4. Données médicales des patients

PSADEBUT

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0,02	1	2,222222222	2,222222222	
	0,1	1	2,222222222	2,222222222	
	0,2	1	2,222222222	2,222222222	
	0,20	1	2,222222222	2,222222222	
	0,21	1	2,222222222	2,222222222	
	0,22	1	2,222222222	2,222222222	
	0,23	1	2,222222222	2,222222222	
	0,26	4	8,888888889	8,888888889	
	0,27	1	2,222222222	2,222222222	
	0,29	1	2,222222222	2,222222222	
	0,36	1	2,222222222	2,222222222	
	0,39	1	2,222222222	2,222222222	
	0,46	2	4,444444444	4,444444444	
	0,51	1	2,222222222	2,222222222	
	0,6	1	2,222222222	2,222222222	
	0,74	1	2,222222222	2,222222222	
	0,77	1	2,222222222	2,222222222	
	0,8	1	2,222222222	2,222222222	
	1	1	2,222222222	2,222222222	
	1,84	1	2,222222222	2,222222222	
	2,93	1	2,222222222	2,222222222	
	3,3	1	2,222222222	2,222222222	57,77777778
	6	1	2,222222222	2,222222222	
	6,5	1	2,222222222	2,222222222	
	7	1	2,222222222	2,222222222	
	7,6	1	2,222222222	2,222222222	
	7,8	1	2,222222222	2,222222222	
	8,04	1	2,222222222	2,222222222	
	9	1	2,222222222	2,222222222	
	9,2	1	2,222222222	2,222222222	
	9,57	1	2,222222222	2,222222222	20
	10,4	1	2,222222222	2,222222222	
	11	1	2,222222222	2,222222222	
	11,5	1	2,222222222	2,222222222	
	12,5	1	2,222222222	2,222222222	
	17	1	2,222222222	2,222222222	
	25	2	4,444444444	4,444444444	
	30	1	2,222222222	2,222222222	
	53	1	2,222222222	2,222222222	
		1	2,222222222	2,222222222	22,22222222
Total		45	100	100	
				8,888888889	

GLEASON

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	4	1	2,22222222	2,272727273	2,272727273
	6	11	24,4444444	25	27,27272727
	7	25	55,5555556	56,81818182	84,09090909
	8	6	13,33333333	13,63636364	97,72727273
	10	1	2,22222222	2,272727273	100
	Total	44	97,7777778	100	
Manquante	Système manquant	1	2,22222222		
Total		45	100		

HORMONO

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	8	17,7777778	17,77777778	17,77777778
	1	37	82,2222222	82,22222222	100
	Total	45	100	100	

		Patients		Conjointes	
		n	%	n	%
Statut Marital	Mariés	48	84.2	33	84
	Concubinage	7	12.3	4	10.3
	Célibataire/Veuf	2	3.5	-	-
	DM *	-	-	2	-

Annexe 5. Chapitre d'ouvrage :

Le couple âgé face au traitement du cancer de la prostate

Petit, S. (1), Lafaye, A. (1), Cousson-Gélie, F. (1), Bouisson, J. (1)

¹ Laboratoire de psychologie, Santé et Qualité de vie, EA4139. Université Victor Segalen, Bordeaux 2. Contact :
e-mail : sylvie.petit@etud.u-bordeaux2.fr

Introduction

Les recherches actuelles s'accordent à dire que le cancer de la prostate est la seconde cause de décès par cancer chez les hommes et qu'il a l'incidence la plus élevée, à savoir 62'245 nouveaux cas, en France, en 2005 (Ligue nationale contre le cancer). Selon Northouse, 2001, l'âge aurait un effet direct sur l'évaluation de la maladie, que ce soit au niveau du patient, mais aussi du partenaire. Les couples plus âgés auraient tendance à faire une évaluation plus stressante de la maladie (augmentation de l'incertitude et du désespoir) que les couples plus jeunes (Harden et al., 2005, Northouse, 2001) ; ce qui entraînerait un effet indirect négatif de ces couples plus âgés sur l'ajustement émotionnel face au cancer. De nombreuses études ont mis en évidence l'augmentation de l'anxiété et surtout de la dépression au moment du diagnostic et durant les six mois après le traitement choisi (Llorente et al., 2005), avec une comorbidité importante de la dépression et des troubles anxieux chez 30 à 50% des patients (Wasan et al., 2005). Cependant, la méthodologie de ces études ne permet pas d'approfondir le vécu psychologique sur la vie quotidienne du patient au cours de son traitement.

D'autres recherches ont tenté de s'approcher au plus près du vécu du patient et de sa famille. Elles ont mis en évidence, en outre, que les familles devaient être prises en compte dans le traitement du cancer de la prostate, notamment au niveau du soutien qu'elles peuvent apporter lors de l'annonce du diagnostic (Edwards et Clarke, 2003), ainsi qu'au moment de l'apparition des effets secondaires relatifs aux traitements (Roth et al., 2003, Kirschnerhermann et Jakse, 2002). Baider, en 1998, montre également un effet négatif de la variable genre. En effet, les épouses sembleraient plus en détresse que leur mari, lorsqu'elles sont aidantes (Resendes et McCorkle, 2006, Baider, 1998). Cependant, là encore très peu d'études ont réussi à évaluer de manière fine les ressentis du couple dans sa vie quotidienne face au traitement du cancer. Ces méthodes d'évaluations dites « standard » peuvent ne pas rendre réellement compte de l'ajustement émotionnel quotidien du patient mais aussi de son épouse face au cancer de la prostate. C'est pourquoi nous présenterons pour cette recherche les résultats obtenus avec la méthode d'échantillonnage des expériences. Cette nouvelle méthodologie, validée, consiste en une collecte de données ambulatoires (Barge-Schaapveld et al., 1999). L'objectif est d'obtenir les réactions psychologiques des participants grâce à un auto questionnaire répétés plusieurs fois dans une même journée. Ce procédé nous permet ainsi de recueillir des données fines sur le vécu émotionnel quotidien et d'évaluer sur le moment l'humeur du couple. (Czikszenmihalyi, 1984). Pour cette étude, nous formulons l'hypothèse que, tout au long du traitement, il existe des différences au sein du couple, dans les ressentis et l'expression des troubles émotionnels, particulièrement au niveau de l'anxiété et de l'humeur dépressive.

Participants

Cette étude est menée auprès de 22 patients, atteints du cancer de la prostate, ainsi que de leur conjointe (N total = 44). L'âge moyen des patients est de 68.82 ans (é-t = 6.1). Celui des épouses est de 64.85 ans (é-t = 10.03)².

² Nous remercions les médecins radiothérapeutes, les patients ainsi que leurs conjointes pour avoir participé à cette recherche. Cette étude est financée par la ligue nationale de lutte contre le cancer.

Procédure

Un entretien préalable, mené par un assistant chercheur, à comme but : - d'informer les patients et leur conjointe des objectifs de l'étude - de vérifier que les personnes remplissent bien les critères d'inclusion - de s'assurer qu'elles ont bien lu la lettre d'information et compris le déroulement du protocole - de recueillir leur consentement éclairé. Ces entretiens permettent de procéder à la distribution du matériel (montres programmées, blocs de questionnaires évaluant l'anxiété, la dépression, le soutien social) et d'expliquer la méthode d'évaluation aux participants. L'expérience dure 4 jours en début de traitement, 4 jours en milieu de traitement, et enfin 4 jours en fin de traitement. L'outil de mesure en vie quotidienne consiste à faire passer le même questionnaire aux participants 4 fois par jour (une montre programmée sonne pour indiquer le moment du remplissage de chaque questionnaire).

Mesures

Au moment du signal de la montre, les participants doivent répondre à une question à choix multiple, (« En ce moment, comment vous sentez vous ? »), évaluant l'humeur dépressive et le sentiment anxieux au moyen d'une échelle visuelle analogique allant de 1 : pas du tout à 5 : extrêmement. Nous avons choisi les termes de « triste » et « inquiet » afin d'utiliser un vocabulaire adapté à notre population (Luria, 1975). Rappelons que la recherche dure tout au long du traitement sur 3 cycles d'évaluation de 4 jours et qu'elle concerne les deux conjoints. Chaque jour il y a quatre bips. A chaque bip, un questionnaire avec 2 échelles visuelles analogiques. Nous avons recueilli 4224 observations exploitables. En raison de la présence de variables ordinales et du faible nombre de participants à cette étude, le traitement des résultats est fait à l'aide du test non paramétrique, le U de Mann Whitney, qui va nous permettre une comparaison entre nos deux groupes (patient/conjointe).

Résultats

Pour le sentiment anxieux, on peut noter que les épouses semblent ressentir de manière significative et positive plus d'anxiété que leur époux et ce pratiquement tout au long du traitement. (Tableau 1). On observe en effet des différences significatives 32 fois sur 48 mesures.

Tableau 1 : Test du U Mann Whitney des variables significatives du sentiment anxieux au sein du couple tout au long du traitement.

Evaluations	Inquiétude (N=44) Score médian.(min.max.)	U de Mann-Whitney U test	P de Mann-Whitney U test
2	1 (1-4)	123	< 0,05
5	2 (1-3)	123,5	< 0,05
6	1 (1-3)	128	< 0,05
7	1 (1-3)	94,5	< 0,05
8	1 (1-3)	102	< 0,05
9	1,50 (1-4)	115,5	< 0,05
13	1 (1-4)	128,5	< 0,05
14	1 (1-3)	102	< 0,05
15	1 (1-4)	94,5	< 0,05
16	1 (1-4)	104	< 0,05
17	1 (1-3)	153,5	< 0,05
18	1 (1-3)	125,5	< 0,05
19	1 (1-5)	131	< 0,05
20	1 (1-4)	132	< 0,05
21	1 (1-4)	108	< 0,05
22	1 (1-3)	132,5	< 0,05
24	1 (1-3)	143,5	< 0,05
25	1 (1-5)	154,5	< 0,05
28	1 (1-4)	124,5	< 0,05
29	1 (1-3)	127	< 0,05
30	1 (1-3)	140	< 0,05
31	1 (1-3)	117,5	< 0,05
32	1 (1-4)	110,5	< 0,05
33	1 (1-4)	84	< 0,05
34	1 (1-3)	111,5	< 0,05
36	1 (1-3)	104	< 0,05
37	1 (1-3)	110	< 0,05
41	1 (1-3)	104	< 0,05
42	1 (1-3)	95	< 0,05
43	1 (1-3)	108	< 0,05
44	1 (1-3)	116,5	< 0,05
45	1 (1-3)	109	< 0,05

En ce qui
l'humeur
on note
une
se situant
encore au
épouses
beaucoup
marquée.
semblent
manière
plus de
leur conjoint,

concerne
dépressive,
également
différence,
une fois
niveau des
mais
Celles-ci
ressentir de
significative
tristesse que

Annexe 6. Chapitre d'ouvrage :

Vie quotidienne du couple âgé face au cancer de la prostate

Petit, S. (1), Bouisson, J. (1)

¹ Laboratoire de psychologie, Santé et Qualité de vie, EA4139. Université Victor Segalen, Bordeaux 2. Contact :
e-mail : sylvie.petit@etud.u-bordeaux2.fr

I Introduction

1-1 Couple âgé, état de la littérature

Dans la recherche scientifique contemporaine, le couple jeune, entre vingt et quarante ans notamment, fait l'objet d'un volume de publications plus important que le couple âgé, tout en restant très modeste, par ailleurs. Les différentes sources documentaires consultées sur ces dix dernières années nous fournissent globalement, en tout cas, des résultats identiques : pour un peu moins de deux mille publications sur le couple, dans le domaine de la psychologie, cent cinquante à deux cents, seulement, concernent le couple âgé. La somme beaucoup plus réduite des connaissances sur le couple âgé tient surtout, selon nous, à la récence de la recherche en gérontologie, dont le véritable point de départ se situe au milieu des années quatre-vingt, plutôt qu'à un quelconque désintérêt pour un thème qui a donné lieu à quelques travaux méritant d'être cités.

1-1-1 Quelques chiffres

Selon une étude récente de l'Insee (Bouhia, 2007), 80% des hommes et 65% des femmes, âgés de 40 à 90 ans vivent en couple. Au-delà de 70 ans, une femme sur deux seulement est toujours en couple, contrairement aux hommes (près de 80% d'entre eux sont encore en couple entre 70 et 80 ans, selon des statistiques qui évoluent très faiblement entre 40 et 80 ans). Au-delà de 80 ans, les $\frac{3}{4}$ des femmes ont perdu leur conjoint, tandis que 70% des hommes vivent toujours en couple.

« Puisse la même heure nous emporter tous les deux ! – disait Philémon. Puissé-je ne jamais voir le bûcher de mon épouse (Baucis) et ne pas être mis par elle au tombeau ». On voit, en fait, que ce vœu émis par de nombreux couples âgés a d'autant moins de « chances » de se réaliser que la femme est âgée. Ce sont les femmes qui, très majoritairement, mettent leur conjoint « au tombeau » !

Mener son conjoint jusqu'à sa dernière demeure – être veuve ou veuf, donc – appelle quelques commentaires supplémentaires. S'il est difficile d'avoir des statistiques précises sur ce point, on sait bien, désormais (par exemple : Mellstrom *et al.*, 1982 ; Bacqué, 1998), que l'interruption de la vie de couple place l'homme et la femme âgés dans des situations quelque peu différentes. Les sujets âgés mariés profitent, certes, de quelques années d'espérance de vie supplémentaires par rapport aux veufs et aux célibataires (Bouhia, 2007), mais les hommes veufs sont ensuite particulièrement vulnérables dans les mois qui suivent le veuvage, le taux de mortalité étant sensiblement moins élevé chez les veuves, et seulement dans les semaines qui suivent le décès du conjoint. Comme le note Bacqué (1998), divers travaux scientifiques, certains portant sur de vastes échantillons, mettent clairement en évidence, que la perte du conjoint augmente la mortalité des veuves et des veufs, ainsi que la morbidité psychiatrique et somatique, la découverte que le veuvage avait des effets plus graves sur l'homme que sur la femme étant, quant à elle, plus récente. Diverses raisons psychologiques et sociales pourraient expliquer ce phénomène, dont une en particulier : les femmes disposeraient de plus de ressources pour faire face au deuil. Par exemple, elles consulteraient

plus volontiers que les hommes leur médecin traitant et accepteraient plus facilement de confier leur peine.

D'autres aspects intéressants de la vie du couple âgé peuvent également être appréhendés dans certains moments importants qui, fréquemment, sont aussi des moments importants de crise dans le couple : la retraite, la dépendance du conjoint, la réduction de l'espace personnel...

1-1-2 La retraite

Dans la vie du couple, la retraite est souvent un moment délicat qui donne lieu à une rupture des équilibres antérieurs et à un réaménagement des échanges et des habitudes quotidiennes. Parmi les travaux sur cette question, la plupart dans le contexte nord-américain, nous choisirons, pour notre part, de citer ceux d'un sociologue français, qui sont précisément centrés sur « le couple à l'heure de la retraite » (Caradec, 1996). Le problème du couple, à cet instant, est de trouver ce que Caradec appelle « la bonne distance conjugale » (p.90), la cessation d'activité pouvant être définie, en effet, comme une remise en cause de l'équilibre qui s'était établi jusque-là entre « une tendance à la fusion » et « une tendance à l'indépendance », entre « une composante fusionnelle en quête d'une structure holiste, et une composante individualiste, destructurante, irrépressible mouvement d'individuation » (p.97). Comment le couple va-t-il, désormais, envisager les sorties de la maison ? Les deux conjoints seront-ils toujours ensemble ? Combineront-ils des activités communes et séparées ? Comment se répartiront-ils les activités à l'intérieur de la maison ? C'est là, dans cette capacité du couple à négocier ces aspects et à faire évoluer la distance conjugale que se décideront sa survie et la possibilité, pour chacun des deux conjoints, de retrouver un équilibre satisfaisant.

Tout compte fait, note Caradec, « les enquêtes quantitatives montrent que...le passage à la retraite ne semble que rarement générer de graves mésententes conjugales et, a fortiori, que les séparations à l'heure de la retraite demeurent peu fréquentes » (pp.265-266). Les problèmes du couple n'apparaissent, en fait, que si l'un des conjoints n'accepte pas d'aider l'autre à se reconstruire et à se rassurer dans sa nouvelle identité, soit « qu'il invalide l'identité que son conjoint essaie de reconstruire » et ne l'accepte pas dans son nouveau rôle, soit que « les conceptions de la vie conjugales à la retraite des deux conjoints...soient trop éloignées... » (p.266).

1-1-3 La dépendance du conjoint

Le problème de la dépendance dans le couple est d'un abord assez délicat, d'autant que celui-ci semble posséder « sa propre pulsion d'autoconservation qui l'entraîne à se défendre contre ce qui peut le menacer par des mécanismes allant parfois à l'encontre des intérêts individuels de ses membres » (Charazac, 1998, p.120). C'est typiquement le cas du mari qui, refusant d'admettre les troubles mnésiques de sa femme, prend « des mesures énergiques » pour soigner « la grande fatigue de sa compagne, en lui faisant avaler des boissons énergétiques et du Ginseng. Il aggrave, du même coup, un diabète évoluant à bas-bruit, lequel accentue l'hypertension de sa femme et les risques de lésion de son système nerveux (Bouisson, 2001). Quoiqu'il en soit, la maladie, et les changements qu'elle entraîne dans le comportement du conjoint, agit nécessairement sur le lien conjugal en réactivant des éléments inconscients liés aux identifications infantiles aux deux parents et en dévoilant « des attentes ou des déceptions, des attitudes de rivalité ou des désirs de vengeance visant, à travers le conjoint, un des parents » (Charazac, 1998, p.116). Divers cas de figure sont possibles, de l'épouse modèle prenant totalement en charge un mari qui l'épuise et lui en fait « voir de toutes les couleurs », (mais qui lui permet d'apaiser une culpabilité ancienne vis-à-vis d'un père qu'elle aurait « délaissé au lendemain de son mariage »), à l'époux soumis à une mère rigide, et tout à coup

« libéré » et même prêt à « noircir le tableau » pour précipiter un placement en institution. Dans cette vaste gamme de possibles, les couples les plus vulnérables sont surtout ceux qui sont fondés sur une relation fusionnelle, où l'interdépendance est étroite et où la survie de l'un sans l'autre n'est même pas imaginable.

1-1-4 La réduction de l'espace personnel

C'est là un aspect important, mais rarement abordé, de la vie du couple très âgé : le moment où les époux- désormais plus fragiles- commencent à limiter leurs activités et à sortir plus rarement de chez eux, en vivant de plus en plus, donc, dans les mêmes lieux. Se pose là un problème comparable à celui de la retraite avec, à nouveau, la nécessité de définir « une bonne distance conjugale » ; mais, avec le couple très âgé, le problème a tendance à devenir plus aigu, dans la mesure où les capacités d'adaptation sont devenues plus réduites. Comme le notent très justement Camdessus *et al.* (1989), l'un des conjoints occupe généralement, dans ces couples, une place dominante. Non seulement il s'occupe de tout (en reprochant à l'autre de ne rien faire), mais il envahit tout l'espace de l'autre, sans lui laisser le moindre repos, le moindre lieu personnel où il puisse se retrouver. Si certains couples s'accommodent très bien de cette situation, dans la mesure où le plus important est, pour eux, de rester ensemble, d'autres vivent là des conflits importants et s'épuisent à devoir se supporter.

1-2 Le couple âgé face au cancer et aux fragilités de la vieillesse

Depuis les années 80, le nombre de publications au sujet de la fragilité des personnes âgées a augmenté de façon exponentielle, passant de 36 entre 1986 et 1990 à plus de 1100 entre 2000 et le milieu de l'année 2004, puis un peu plus de 3000 entre 2004 et aujourd'hui. À ce jour, l'approche la plus cohérente et la plus développée pour aborder la fragilité a été élaborée par Fried et ses collaborateurs (Fried *et al.*, 2001). Dans le processus de développement d'un modèle provisoire, l'initiative canadienne sur la fragilité et le vieillissement (Bergman *et al.*, 2004) considère que la fragilité constitue un syndrome pouvant être identifié et dépisté chez les personnes âgées à l'aide d'une combinaison de caractéristiques, dont les principales sont : un état de faiblesse, une faible endurance, une activité physique réduite, une vitesse de marche lente et une perte de poids involontaire. Le déclin cognitif, ainsi que les symptômes de dépression et l'isolement social, pourraient également faire partie des composantes à prendre en compte.

Pour les professionnels travaillant auprès des personnes âgées, la difficulté d'une définition précise et opérationnelle de la fragilité tient d'abord aux représentations très négatives qui s'attachent fréquemment à la vieillesse. Si la fatigue, la faiblesse, la fragilité, la vulnérabilité, l'incapacité à s'adapter au changement sont souvent assimilés à la vieillesse (Foucart, 2003), si les pertes fonctionnelles et sensorielles multiples, en particulier dans le grand âge, s'accompagnent de pertes sociales et affectives qui viennent ébranler les socles identitaires, il n'empêche que le processus de fragilisation qui s'accuse avec l'âge est d'une grande hétérogénéité. Ceci est même d'autant plus vrai que l'âge est élevé. Toutefois, si la grande diversité des vieillesse vient faire obstacle à l'établissement d'un véritable consensus sur la notion de fragilité et continue à donner lieu à controverse (Balducci, 2007), il n'en reste pas moins que, parallèlement à l'augmentation de l'espérance de vie, on assiste à un accroissement des maladies comorbides liées à l'âge (Wymenga *et al.*, 2001), ce qui est particulièrement vrai pour le cancer (Cancéropôle PACA, 2007).

S'agissant du cancer de la prostate, les recherches actuelles s'accordent à dire qu'il est la seconde cause de décès par cancer chez les hommes et qu'il a l'incidence la plus élevée. On a dénombré, ainsi, 62245 nouveaux cas en 2005 (Ligue nationale contre le cancer). Ce type de cancer apparaît rarement avant 40-50 ans, et la plupart des cas sont constatés entre 60 et 90 ans, l'âge moyen de détection étant de 73 ans. Selon Northouse, 2001, l'âge aurait un effet direct sur l'évaluation de la maladie, que ce soit au niveau du patient, mais aussi du

partenaire. Les couples plus âgés auraient tendance à faire une évaluation plus stressante de la maladie (augmentation de l'incertitude et du désespoir) que les couples plus jeunes (Harden et al., 2005, Northouse, 2001). Ce qui entraînerait un effet indirect négatif de ces couples plus âgés sur l'ajustement au cancer. Mais ce lien entre l'âge et l'ajustement est encore très controversé à l'heure actuelle.

De nombreuses recherches sur le cancer de la prostate ont mis en évidence l'augmentation de l'anxiété et surtout de la dépression au moment du diagnostic et durant les six mois après le traitement choisi (Llorente et al., 2005, Wasan et al., 2005), avec une comorbidité importante de la dépression et des troubles anxieux chez 30 à 50% des patients (Wasan et al., 2005). Il a été mis en évidence, en outre, que les familles devaient être prises en compte dans le traitement du cancer de la prostate, notamment au niveau du soutien qu'elles peuvent apporter lors de l'annonce du diagnostic (Edwards et Clarke, 2004) ainsi qu'au moment de l'apparition des effets secondaires relatifs aux traitements. En effet, ceux-ci sont susceptibles d'engendrer des troubles sexuels importants pouvant nuire aux relations du couples et une augmentation des troubles dépressifs (Kirschner-hermann et Jakse, 2002, Scott et al., 2001, Krongrad, 1996). Baider, en 1998, montre également un effet négatif de la variable genre. En effet, les épouses sembleraient plus en détresse que leur mari, lorsqu'elles sont aidantes (Resendes et McCorkle, 2006, Baider, 1998). Les épouses seraient aussi sensiblement plus anxieuses et dépressives que les patients, les patients exprimant une réelle satisfaction et disponibilité de leur soutien social alors que les épouses ressentent une augmentation des conflits et une diminution de leur soutien en début de traitement (Lafaye et al., 2007). Ces ressentis dissemblables vont jusqu'à la perception et l'utilisation différentes du soutien au sein du couple. En effet, les femmes compteraient plus sur leurs amis et connaissances pour être soutenues, alors que, pour les hommes, c'est le type de soutien qui serait important plutôt que le nombre de membres de leur réseau social (Hanna et al., 2002). C'est pourquoi il est important de prendre en compte les symptômes dépressifs et anxieux de ces patients (Bisschop et al., 2004), mais également de l'épouse. Le rôle du partenaire dans l'adaptation du patient à son diagnostic, son traitement, et sa récupération apparaît ainsi de plus en plus évident (Ka'opua et al., 2005). Flemming et ses collaborateurs, 2006, comparent même le couple patient/aidant à une « unité de soin ». Le constat établi par ces différents auteurs pointe, en définitive, l'intérêt de multiplier les recherches sur la prise en charge des patients et de leur conjointe.

L'étude présentée dans ce chapitre concerne les troubles émotionnels, ainsi que le soutien perçu par des couples, dont l'homme est traité pour un cancer de la prostate. Pour ce faire nous utilisons quelques uns des premiers résultats menés avec la méthode d'échantillonnage des expériences (Husky et al., 2004, Grondin et al. 2002, Swendsen, 1997, Csikszentmihalyi, 1987). En effet, nous formulons l'hypothèse qu'il existe une différence, au sein du couple, dans la perception et l'expression du sentiment anxieux et de l'humeur dépressive. Et cette différence résulterait du lien étroit qu'entretiennent ces variables émotionnelles avec le soutien perçu par chacun des membres du couple.

Cette étude est menée auprès de 22 patients, atteints du cancer de la prostate, ainsi que leur conjointe (N=44). Les données sont recueillies au sein de deux établissements : le centre régional de lutte contre le cancer de Bordeaux et une polyclinique dans la région du Périgord. L'âge moyen des patients est de 68,82 ans (écart-type = 6,1). Celui des épouses est de 64,85 ans (écart-type = 10,03). 68,2% des hommes ont un niveau d'étude équivalent au CAP/BEP (contre 59,1% des conjointes). En outre, 54,5% des hommes ont un revenu supérieur à 1300 euros par mois (contre un revenu inférieur à 1200 euros par mois pour 40,9% des épouses).

Les critères d'inclusion pour participer à cette recherche sont les suivants :

Participants masculins / diagnostic de cancer de la prostate / en situation de vie de couple / patients recevant un traitement par radiothérapie/ ayant signé un consentement éclairé.

Nous avons deux critères d'exclusions : Les troubles psychotiques avérés (vie entière) et les troubles cognitifs sévères (MMSE < 24).

Un entretien préalable, mené par un assistant de recherche, a comme but :

- d'informer les patients et leur conjointe des objectifs de l'étude.
- de vérifier que les personnes remplissent bien les critères d'inclusion,
- de s'assurer qu'elles ont bien lu la lettre d'information et compris le déroulement du protocole,
- de recueillir leur consentement éclairé.

Ces entretiens permettent de procéder à la distribution du matériel (montres programmées, blocs de questionnaires évaluant l'anxiété, la dépression, le soutien social) et d'expliquer la méthode d'évaluation aux participants. L'expérience dure 4 jours, en début de traitement. L'outil de mesure en vie quotidienne consiste à faire passer le même questionnaire aux participants, plusieurs fois par jours, ici, à raison de 4 fois par jour (une montre programmée sonne pour indiquer le moment du remplissage de chaque questionnaire).

Au moment du signal de la montre, les participants doivent répondre à une question à choix multiple, (« En ce moment, comment vous sentez vous ? »), évaluant l'humeur dépressive et le sentiment anxieux au moyen d'une échelle visuelle analogique allant de 1 : pas du tout à 5 : extrêmement. Nous avons choisi les termes de « triste » et « inquiet » afin d'utiliser un vocabulaire adapté à notre population. Pour le soutien, la question est « Vous sentez vous soutenu(e) en ce moment ? » (Luria, 1975).

Rappelons que la recherche dure quatre jours et qu'elle concerne les deux conjoints (N= 44). Chaque jour, il y a quatre bips. A chaque bip, quatre questionnaires avec chacun, trois échelles visuelles analogiques. Nous recueillons, de cette manière, 2112 observations exploitables.

L'analyse des résultats montre que pour le sentiment anxieux, les épouses semblent ressentir de manière significative et positive plus d'anxiété que leur époux, et ce, pratiquement tout au long des quatre premiers jours de traitement ($m : 111,55$; $ET : 13,61$; $p < 0,05$). On peut constater cette différence au sein du couple lorsque nous mettons celui-ci en lien avec le soutien. Le soutien est corrélé de manière significative et négative avec le sentiment anxieux chez les conjointes. Plus précisément, c'est au 3^{ème} jour d'évaluation de l'inquiétude que le lien s'avère majoritairement plus significatif avec le soutien ressenti des premiers jours ($r : -0,446$; $p < 0,05$). Pour le patient, la variable soutien corrèle de manière significative et positive avec la variable inquiétude, et ce, pratiquement tout au long des quatre jours de passation ($r : 0,590$; $p < 0,05$).

Pour l'humeur dépressive, on note également une différence se situant au niveau des épouses qui semblent ressentir de manière significative et positive plus de tristesse que leur conjoint et ce, essentiellement au moment du 2^{ème} jour après le début du traitement ($m : 125,3$, $ET : 10,15$, $p < 0,05$). Lorsque nous mettons en lien ces variables avec le soutien perçu par les membres du couple, une différence est de nouveau observée. La variable soutien corrèle de manière significative et négative avec le sentiment de tristesse chez la conjointe ($r : -0,694$; $p < 0,05$). Ce lien est encore plus présent au 3^{ème} et 4^{ème} jour d'évaluation de la tristesse avec le soutien perçu dans les premiers jours d'évaluation ($r : -0,694$; $p < 0,05$; $r : -0,580$, $p < 0,05$). Chez le patient, le soutien corrèle de manière significative et positive avec la variable tristesse, et ce, pratiquement tout au long des quatre jours d'évaluation ($r : -0,592$, $p < 0,05$).

D'après nos résultats, vivre un traitement d'une maladie grave comme le cancer, seul ou à deux, porte atteinte à la vie psychique d'un patient. Il affecte ce dernier dans son quotidien, mais aussi dans son entourage proche. Le cancer de la prostate est, du fait de ses

conséquences, un événement majeur dans la vie d'un couple âgé. En effet, les allers-retours au centre de soin, par exemple, peuvent devenir une vraie charge dans les activités de la vie quotidienne du patient mais aussi de son épouse (Johnson, 1989). Ainsi, lorsqu'un traitement par radiothérapie débute, de nombreuses émotions sont ressenties par chacun des membres du couple.

Nous avons cherché, dans cette étude, à comparer les ressenties émotionnelles vécus par le couple. Nous désirions également explorer les liens entre ceux-ci et la perception du soutien que chacun peu apporter à l'autre. Nous avons pu montrer que les épouses ressentent plus d'anxiété et d'humeur dépressive que leur conjoint dans les premiers jours de traitement. En cela, nous sommes en accords avec les données de la littérature (Lafaye et al., 2007, Lorente, 2005). Il est possible, selon nous, que les patients expriment moins leurs sentiments anxieux et dépressifs de manière à créer une certaine forme de protection pour leur épouse. Ceci pourrait expliquer le fait que lorsque nous mettons en lien ces ressentis émotionnels avec le soutien perçu, nous observons que plus les épouses se sentent soutenues dès les premiers jours du traitement, moins elles se sentent anxieuses et déprimées les jours suivants. Cela confirme une fois encore le rôle protecteur du soutien social, largement démontré dans la littérature. Ainsi, l'impact du soutien apporté aux épouses dans les premiers jours du traitement a un effet sur la façon dont elles vont appréhender émotionnellement le traitement. Or on sait que les épouses réagissent face au cancer par un réel besoin informatif (Edwards et Clarke 2004, Lavery et Clarke, 1999). Au niveau clinique, on peut voir que cette nécessité d'information dans les premiers jours de traitement, risque fort de se révéler essentiel afin qu'elles appréhendent de manière adaptée les répercussions psychologiques que peut entraîner le traitement de leur époux. En ce qui concerne les patients, ils réagissent au soutien par plus de sentiments anxieux et dépressifs. Au niveau de la littérature, nous avons vu précédemment que la qualité du soutien est primordiale pour les patients (Hanna et al., 2002). Il est possible qu'au quotidien, le soutien perçu par les patients ne semble pas correspondre à leur besoin réel en ce début de traitement. Il semble, en effet, comme le montre Baider(1998) que la vulnérabilité psychologique est différente selon les patients et leur partenaire. Au vu de l'âge moyen de notre population, la représentation de l'homme qui doit protéger sa famille peut jouer un rôle dans cet ajustement émotionnel, et ainsi expliquer cette tendance du patient à réprimer ses émotions et nier son anxiété face au cancer (Edwards et Clarke 2004, Lavery et Clarke, 1999). Cependant, dans sa vie quotidienne, on peut observer que le patient a des difficultés à assumer le soutien qu'il perçoit et, par voie de conséquence, son anxiété est maintenue et non plus apaisée. Ces résultats semblent refléter une prise de conscience de la part du couple des effets et des conséquences sous jacentes au traitement. Il est possible que la mise en place du traitement corresponde d'une certaine façon au niveau émotionnel, à une mise en place de l'ajustement émotionnel de chaque partenaire, face au cancer. L'espace émotionnelle et psychique de chacun doit être remanié et adapté en fonction de soi, mais aussi de l'autre, face à un événement de vie dont les conséquences rendent le patient fragile mais aussi le couple plus vulnérable.

Le facteur de risque principal du cancer de la prostate étant l'âge, il devient évident, à présent, que les prises en charge doivent s'adapter à cette population que sont les personnes âgées. De même que l'adaptation des traitements aux personnes âgées se trouve posée d'un point de vue médical, de même les professionnels des sciences humaines doivent aujourd'hui se questionner sur une prise en charge mieux adaptée aux patients âgés. En effet, cette population doit faire face à de multiples problématiques inhérentes à la vieillesse, dont le cancer fait partie. Cette recherche visait à explorer les troubles psychologiques du point de vue de l'anxiété et de la dépression chez les couples âgés dont le mari est atteint du cancer de la prostate. Nous avons mis en exergue qu'il existait des différences de ressenties émotionnelles au sein du couple, et ce, en début du traitement. Suite à nos résultats, nous

pouvons noter qu'il est important de prendre en considération le couple dans les prises en charge psychologique et non plus exclusivement le patient. Il serait intéressant de pouvoir comparer ces résultats avec des mesures tout au long du traitement de ces patients ainsi que de leur conjointe.

Remerciement

Nous remercions les médecins radiothérapeutes, les patients ainsi que leurs conjointes pour avoir participé à cette recherche. Cette étude est financée par la ligue nationale de lutte contre le cancer.

Annexe 7. Chapitre d'ouvrage :

Couple âgé et cancer de la prostate, dans « Vieillesse et Vieillesse - Vulnérabilités et Ressources - Regards croisés »

Petit, S. (1), Bouisson, J. (1)

¹ Laboratoire de psychologie, Santé et Qualité de vie, EA4139. Université Victor Segalen, Bordeaux 2. Contact : e-mail : sylvie.petit@etud.u-bordeaux2.fr

Contrairement à la pensée commune, le cancer est loin d'être une maladie contemporaine. C'est au cours de l'antiquité que les premières esquisses ont pu être retrouvées. Faisant suite aux papyrus descriptifs très éloquents, c'est réellement le très célèbre médecin grec Hippocrate (460-370 av JC) qui décrit de façon méthodique la maladie et qui classifia les cancers qu'il eut l'occasion de traiter. Il fut le premier à nommer cette infection « carcinos » et « carcinoma » afin de décrire ces grosseurs qui semblaient être des tumeurs malignes (karkinos (grecs) : 1) crabe, 2) chancre, cancre, tumeur). Le terme latin de cancer fut, selon la légende, introduit par le médecin romain, Aulus Cornelius Celsus (25 av JC,- 50 ap JC) d'après la forme de certaines lésions cancéreuses évoquant la forme d'un crabe. Il fut, d'ailleurs, un des tout premiers, à réellement décrire différents degrés d'évolution de la maladie.

Le terme de « cancer » est donc très ancien. Cependant, il est devenu au fil du temps synonyme de souffrance et de mort. Sa connotation péjorative lui vaut d'être mis à l'écart et remplacé par un terme tout aussi ancien : l'oncologie. Et c'est en effet le médecin romain Galien (130-200) qui lui préféra le terme grec « onco » pour désigner les tumeurs malignes. Il développa des théories innovantes sur le cancer, selon lesquelles les tumeurs étaient dues à un excès « d'humeur », de bile noire, qui se solidifiait dans certaines parties du corps. Au fil des siècles naissent différentes théories et descriptions des cancers. En effet, les avancées technologiques ainsi que la révolution scientifique, se basant sur l'observation clinique des faits et le recueil de données, ont permis d'observer de réels progrès. Une compréhension plus fine du comportement des tumeurs a pu voir le jour. Ainsi, c'est grâce à ces premières explications que sont apparues d'autres théories selon lesquelles le cancer était une maladie de l'organisme. En définitive, l'innovation de notre siècle réside dans la découverte de l'atteinte de la cellule par le cancer, plus particulièrement, de son noyau, ainsi qu'une multiplication anarchique des cellules. En effet, la ligue nationale de lutte contre le cancer décrit cette affection comme suit : *« Le cancer est une maladie grave qui se traduit par une perturbation de la communication cellulaire, associée à une absence de mort cellulaire, engendrant le développement d'amas de cellules cancéreuses (appelés tumeurs) qui échappent aux règles du fonctionnement du corps. En se multipliant de façon anarchique, les cellules cancéreuses donnent naissance à des tumeurs de plus en plus grosses qui se développent en envahissant puis en détruisant les zones qui les entourent (les organes). Les cellules cancéreuses peuvent également essaimer à distance d'un organe pour former une nouvelle tumeur, ou circuler sous forme libre. »* Ces cellules se détachent et migrent dans une autre partie du corps. Ces tumeurs ainsi créées sont nommées des métastases. Non seulement il existe de nombreuses formes de cancer, ou stades, mais en plus, les tumeurs peuvent toucher toutes les parties du corps. La fréquence des cancers va en augmentant. L'explication de cette forte croissance tient d'une part, au progrès médicaux en matière de traitements, et d'autre part, à l'utilisation du dépistage systématique tel que la mesure du taux de Prostatique Antigène Spécifique pour le cancer de la prostate par exemple.

Évolution de l'incidence : 19 499 cas en 1990, 40 309 en 2000, 62 245 en 2005

En ce qui concerne ce cancer, les recherches actuelles s'accordent à dire qu'il est la seconde cause de décès par cancer chez les hommes et qu'il a l'incidence la plus élevée, à savoir 62'245 nouveaux cas, en France, en 2005 (Ligue nationale contre le cancer). Selon Northouse, 2001, l'âge aurait un effet direct sur l'évaluation de la maladie, que ce soit au niveau du patient, mais aussi du partenaire. Les couples plus âgés auraient tendance à faire une évaluation plus stressante de la maladie (augmentation de l'incertitude et du désespoir) que les couples plus jeunes (Harden et al., 2005, Northouse, 2001) ; ce qui entraînerait un effet indirect négatif de ces couples plus âgés sur l'ajustement émotionnel face au cancer. De nombreuses études ont mis en évidence l'augmentation de l'anxiété et surtout de la dépression au moment du diagnostic et durant les six mois après le traitement choisi (Llorente et al., 2005), avec une comorbidité importante de la dépression et des troubles anxieux chez 30 à 50% des patients (Wasan et al., 2005). Cependant, la méthodologie de ces études ne permet pas d'approfondir le vécu psychologique sur la vie quotidienne du patient au cours de son traitement.

D'autres recherches ont tenté de s'approcher au plus près du vécu du patient et de sa famille. Elles ont mis en évidence, en outre, que les familles devaient être prises en compte dans le traitement du cancer de la prostate, notamment au niveau du soutien qu'elles peuvent apporter lors de l'annonce du diagnostic (Edwards et Clarke, 2003), ainsi qu'au moment de l'apparition des effets secondaires relatifs aux traitements (Roth et al., 2003, Kirschnerhermann et Jakse, 2002). Baider, en 1998, montre également un effet négatif de la variable genre. En effet, les épouses sembleraient plus en détresse que leur mari, lorsqu'elles sont aidantes (Resendes et McCorkle, 2006, Baider, 1998). Cependant, là encore très peu d'études ont réussi à évaluer de manière fine les ressentis du couple dans sa vie quotidienne face au traitement du cancer. Ces méthodes d'évaluations dites « standard » peuvent ne pas rendre réellement compte de l'ajustement émotionnel quotidien du patient mais aussi de son épouse face au cancer de la prostate. C'est pourquoi nous présenterons pour cette recherche les résultats obtenus avec la méthode d'échantillonnage des expériences. Cette nouvelle méthodologie, validée, consiste en une collecte de données ambulatoires (Barge-Schaapveld et al., 1999). L'objectif est d'obtenir les réactions psychologiques des participants plusieurs fois dans une même journée. Ce procédé nous permet ainsi de recueillir des données fines sur le vécu émotionnel quotidien et d'évaluer sur le moment l'humeur du couple. (Czikszenmihalyi, 1984). Car selon les études, la prévalence des troubles de l'humeur est particulièrement importante chez ces patients, en effet, 70% des patients présentent de l'anxiété et de la dépression (Roth et al., 2006, Llorente et al., 2005, Wasan et al., 2005). En ce qui concerne les épouses, 76% des conjointes présentent des troubles dépressifs (Cliff et al., 2000). Cohen et ses collaborateurs, en 2001, ont observé que la dépression est bien souvent associée à une augmentation des atteintes fonctionnelles et une diminution de l'optimisme quant à l'efficacité des traitements. De plus, la douleur, associée à la progression de la maladie et une augmentation des symptômes est associée à une croissance des troubles dépressifs (Spiegel et al., 1983, 1994). Dans le cadre du cancer, la dépression est bien souvent sous diagnostiquée et sous traitée, notamment du aux croyances, mais également à une banalisation des symptômes (Newport et Nemerof, 1998). En effet, les signes émotionnels et cognitifs sont alors expliqués comme causés par la maladie et son traitement. (McDaniel et al., 1995). Les troubles de l'humeur vont ainsi compliquer non seulement la façon dont le patient va faire face au cancer mais aussi son adhésion aux traitements médicaux (Spiegel et Giese-Davis, 2003).

En ce qui concerne la vie de couple, les études ont montré que les épouses sont plus en détresse psychologique que les patients, que les partenaires ont un niveau de dépression significativement supérieur aux patients au moment du diagnostic. Mais on remarque également une différence quant à la perception de la vie conjugale, en effet, les épouses perçoivent leur vie sexuelle comme satisfaisante, contrairement aux patients (Soloway et al.,

2005, Baider et al., 1998). D'autres études estiment que plus la communication conjugale est fréquente, moins il y a de troubles dépressifs, mais aucun lien de causalité n'a été encore montré (Normand, 2004).

En définitive, très peu d'études se sont centrées sur la relation de couple face au cancer. C'est pourquoi il nous semble important de multiplier les recherches en psychologie sur la dyade patient/conjointe. A partir de nos recherches, nous tentons de saisir les difficultés psychologiques au sein du couple âgé lorsqu'il est confronté au cancer de la prostate (notamment du point de vue de la dépression et de l'anxiété et du soutien social perçu).

Pour ce faire nous avons mené notre recherche auprès de 22 patients, atteints du cancer de la prostate, ainsi que leurs 22 conjointes (N=44). Les données sont recueillies au sein de deux établissements hospitaliers.

L'âge moyen des patients est de 68,82 ans (écart-type = 6,1). Celui des épouses est de 64,85 ans (écart-type = 10,03). 68,2% des hommes ont un niveau d'étude équivalent au CAP/BEP (contre 59,1% des conjointes). En outre, 54,5% des hommes ont un revenu supérieur à 1300 euros par mois (contre un revenu inférieur à 1200 euros par mois pour 40,9% des épouses).

Les critères d'inclusion pour participer à cette recherche sont les suivants :

Participants masculins / diagnostic de cancer de la prostate / en situation de vie de couple / patients recevant un traitement par radiothérapie/ ayant signé un consentement éclairé.

Nous avons deux critères d'exclusions : Les troubles psychotiques avérés (vie entière) et les troubles cognitifs sévères (MMSE < 24).

Un entretien préalable, mené par un assistant de recherche, a comme but :

- d'informer les patients et leur conjointe des objectifs de l'étude.
- de vérifier que les personnes remplissent bien les critères d'inclusion,
- de s'assurer qu'elles ont bien lu la lettre d'information et compris le déroulement du protocole,
- de recueillir leur consentement éclairé.

Ces entretiens permettent de procéder à la distribution du matériel (montres programmées, blocs de questionnaires évaluant l'anxiété, la dépression, le soutien social) et d'expliquer la méthode d'évaluation aux participants. L'expérience dure 4 jours, en début de traitement. L'outil de mesure en vie quotidienne consiste à faire passer le même questionnaire aux participants, plusieurs fois par jours, ici, à raison de 4 fois par jour (une montre programmée sonne pour indiquer le moment du remplissage de chaque questionnaire).

Au moment du signal de la montre, les participants doivent répondre à une question à choix multiple, (« En ce moment, comment vous sentez vous ? »), évaluant l'humeur dépressive et le sentiment anxieux au moyen d'une échelle visuelle analogique allant de 1 : pas du tout à 5 : extrêmement. Nous avons choisi les termes de « triste » et « inquiet » afin d'utiliser un vocabulaire adapté à notre population. Pour le soutien, la question est « Vous sentez vous soutenu(e) en ce moment ? » (Luria, 1975).

Rappelons que la recherche dure quatre jours et qu'elle concerne les deux conjoints (N= 44). Chaque jour, il y a quatre bips. A chaque bip, quatre questionnaires avec chacun, trois échelles visuelles analogiques. Nous recueillons, de cette manière, 2112 observations exploitables.

L'analyse des résultats montre que pour le sentiment anxieux, les épouses semblent ressentir de manière significative et positive plus d'anxiété que leur époux, et ce, pratiquement tout au long des quatre premiers jours de traitement (m : 111,55 ; ET : 13,61 ; p < 0,05). On peut constater cette différence au sein du couple lorsque nous mettons celui-ci en lien avec le soutien. Le soutien est corrélé de manière significative et négative avec le sentiment anxieux chez les conjointes. Plus précisément, c'est au 3^{ème} jour d'évaluation de l'inquiétude que le lien s'avère majoritairement plus significatif avec le soutien ressenti des premiers jours (r :-0,446 ; p < 0.05). Pour le patient, la variable soutien corrèle de manière

significative et positive avec la variable inquiétude, et ce, pratiquement tout au long des quatre jours de passation ($r : 0,590 ; p < 0.05$)

Pour l'humeur dépressive, on note également une différence se situant au niveau des épouses qui semblent ressentir de manière significative et positive plus de tristesse que leur conjoint et ce, essentiellement au moment du 2^{ème} jour après le début du traitement ($m : 125.3$, $ET : 10.15$, $p < 0.05$). Lorsque nous mettons en lien ces variables avec le soutien perçu par les membres du couple, une différence est de nouveau observée. La variable soutien corrèle de manière significative et négative avec le sentiment de tristesse chez la conjointe ($r : -0,694 ; p < 0,05$). Ce lien est encore plus présent au 3^{ème} et 4^{ème} jour d'évaluation de la tristesse avec le soutien perçu dans les premiers jours d'évaluation ($r : -0,694 ; p < 0,05 ; r : -0,580, p < 0,05$). Chez le patient, le soutien corrèle de manière significative et positive avec la variable tristesse, et ce, pratiquement tout au long des quatre jours d'évaluation ($r : -0,592, p < 0,05$).

Pour le sentiment anxieux, on peut noter que les épouses semblent ressentir de manière significative et positive plus d'anxiété que leur époux et ce pratiquement tout au long du traitement. (Tableau 1). On observe en effet des différences significatives 32 fois sur 48 mesures. Tableau 1 : Test du U Mann Whitney des variables significatives du sentiment anxieux au sein du couple tout au long du traitement.

En ce qui concerne l'humeur dépressive, on note également une différence, se situant une fois encore au niveau des épouses mais beaucoup moins marquée. Celles-ci semblent ressentir de manière significative plus de tristesse que leur conjoint essentiellement au 2^{ème} jour du traitement. Au milieu du traitement, cette différence semble plus disparate. En fin de traitement, elle semble pratiquement nulle. (Tableau 2). IL y a 5 différences significatives sur 48 mesures.

D'après nos résultats, vivre un traitement d'une maladie grave comme le cancer, seul ou à deux, porte atteinte à la vie psychique d'un patient. Il affecte ce dernier dans son quotidien, mais aussi dans son entourage proche. Le cancer de la prostate est, du fait de ses conséquences, un événement majeur dans la vie d'un couple âgé. En effet, les allers-retours au centre de soin, par exemple, peuvent devenir une vraie charge dans les activités de la vie quotidienne du patient mais aussi de son épouse (Johnson, 1989). Ainsi, lorsqu'un traitement par radiothérapie débute, de nombreuses émotions sont ressenties par chacun des membres du couple. Nous avons cherché, dans cette étude, à comparer les ressentis émotionnelles vécus par le couple. Nous désirions également explorer les liens entre ceux-ci et la perception du soutien que chacun peut apporter à l'autre. Nous avons pu montrer que les épouses ressentent plus d'anxiété et d'humeur dépressive que leur conjoint dans les premiers jours de traitement. En cela, nous sommes en accords avec les données de la littérature (Lafaye et al., 2007, Lorente, 2005). Il est possible, selon nous, que les patients expriment moins leurs sentiments anxieux et dépressifs de manière à créer une certaine forme de protection pour leur épouse. Ceci pourrait expliquer le fait que lorsque nous mettons en lien ces ressentis émotionnels avec le soutien perçu, nous observons que plus les épouses se sentent soutenues dès les premiers jours du traitement, moins elles se sentent anxieuses et déprimées les jours suivants. Cela confirme une fois encore le rôle protecteur du soutien social, largement démontré dans la littérature. Ainsi, l'impact du soutien apporté aux épouses dans les premiers jours du traitement a un effet sur la façon dont elles vont appréhender émotionnellement le traitement. Or on sait que les épouses réagissent face au cancer par un réel besoin informatif (Edwards et Clarke 2004, Lavery et Clarke, 1999). Au niveau clinique, on peut voir que cette nécessité d'information dans les premiers jours de traitement, risque fort de se révéler essentiel afin qu'elles appréhendent de manière adaptée les répercussions psychologiques que peut entraîner le traitement de leur époux. En ce qui concerne les patients, ils réagissent au soutien par plus de sentiments anxieux et dépressifs. Au niveau de la littérature, nous avons vu précédemment que la qualité du soutien est primordiale pour les patients (Hanna et al., 2002). Il est possible

qu'au quotidien, le soutien perçu par les patients ne semble pas correspondre à leur besoin réel en ce début de traitement. Il semble, en effet, comme le montre Baider(1998) que la vulnérabilité psychologique est différente selon les patients et leur partenaire. Au vu de l'âge moyen de notre population, la représentation de l'homme qui doit protéger sa famille peut jouer un rôle dans cet ajustement émotionnel, et ainsi expliquer cette tendance du patient à réprimer ses émotions et nier son anxiété face au cancer (Edwards et Clarke 2004, Lavery et Clarke, 1999). Cependant, dans sa vie quotidienne, on peut observer que le patient a des difficultés à assumer le soutien qu'il perçoit et, par voie de conséquence, son anxiété est maintenue et non plus apaisée. Ces résultats semblent refléter une prise de conscience de la part du couple des effets et des conséquences sous-jacentes au traitement. Il est possible que la mise en place du traitement corresponde d'une certaine façon au niveau émotionnel, à une mise en place de l'ajustement émotionnel de chaque partenaire, face au cancer. L'espace émotionnelle et psychique de chacun doit être remanié et adapté en fonction de soi, mais aussi de l'autre, face à un événement de vie dont les conséquences rendent le patient fragile mais aussi le couple plus vulnérable.

Le facteur de risque principal du cancer de la prostate étant l'âge, il devient évident, à présent, que les prises en charge doivent s'adapter à cette population que sont les personnes âgées. De même que l'adaptation des traitements aux personnes âgées se trouve posée d'un point de vue médical, de même les professionnels des sciences humaines doivent aujourd'hui se questionner sur une prise en charge mieux adaptée aux patients âgés. En effet, cette population doit faire face à de multiples problématiques inhérentes à la vieillesse, dont le cancer fait partie. Cette recherche visait à explorer les troubles psychologiques du point de vue de l'anxiété et de la dépression chez les couples âgés dont le mari est atteint du cancer de la prostate. Nous avons mis en exergue qu'il existait des différences de ressenties émotionnelles au sein du couple, et ce, en début du traitement. Suite à nos résultats, nous pouvons noter qu'il est important de prendre en considération le couple dans les prises en charge psychologique et non plus exclusivement le patient. Il serait intéressant de pouvoir comparer ces résultats avec des mesures tout au long du traitement de ces patients ainsi que de leur conjointe.

En ce qui concerne les implications cliniques, ces résultats semblent refléter une prise de conscience, une fois l'annonce passée, de la part du couple, des effets et des conséquences sous-jacentes au traitement. Ainsi, nous notons l'importance de prendre en considération le couple âgé et plus seulement le patient dans les interventions psychologiques et certainement la nécessité d'intervenir au niveau informatif dans les premiers jours de traitement par radiothérapie.

Le vieillissement reste un phénomène particulièrement hétérogène. En effet, on observe de très grandes différences individuelles dans la vieillesse, mais aussi au sein même du couple âgé.

Nos recherches visent d'une part, à une meilleure compréhension du vieillissement, de l'ajustement émotionnel et de la qualité de vie chez les patients mais surtout chez les conjointes, mais également du vécu du traitement, au sein même du couple âgé. Et d'autre part, cette recherche cherche à connaître de manière plus approfondie les relations existantes entre le patient et sa conjointe, dans leur vie quotidienne.

Nous remercions les médecins radiothérapeutes, les patients ainsi que leurs conjointes pour avoir participé à cette recherche. Cette étude est financée par la ligue nationale de lutte contre le cancer.