

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3<sup>e</sup> CYCLE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
JOSIANE DESROCHERS

LA COMMUNICATION CONJUGALE DANS LE CONTEXTE DU CANCER :  
ÉTAT DE LA LITTÉRATURE ET ANALYSE CRITIQUE D'INSTRUMENTS  
D'ÉVALUATION

AOÛT 2012

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LA COMMUNICATION CONJUGALE DANS LE CONTEXTE DU CANCER :  
ÉTAT DE LA LITTÉRATURE ET ANALYSE CRITIQUE  
D'INSTRUMENTS D'ÉVALUATION

PAR  
JOSIANE DESROCHERS

Marie-Claude Blais, directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Yvan Lussier, évaluateur interne

Université du Québec à Trois-Rivières

Louise Picard, évaluatrice externe

Université Laval

## Sommaire

Le cancer génère chez la personne atteinte, tout comme chez son conjoint, de nombreux impacts qui sont susceptibles d'affecter l'adaptation des conjoints à l'expérience de la maladie de même que la qualité de leur relation conjugale. Récemment, les études menées selon la perspective dyadique ont démontré que la façon dont les couples communiquent ou ne communiquent pas à propos des préoccupations liées au cancer influence directement l'ajustement des deux conjoints à l'expérience de la maladie (Badr & Carmack, 2006; Manne, Sherman, Ross, Ostroff, Heyman, & Fox, 2004; Manne & Badr, 2008; 2010a). Bien qu'au cours des dernières années, le rôle adaptatif de la communication conjugale a suscité une attention accrue dans la littérature en psycho-oncologie, peu d'études ont visé à mesurer directement cette variable. La première partie de cet essai vise à identifier les comportements de communication qui favorisent l'adaptation dyadique au cancer. La seconde partie a pour objectif de dresser un portrait des instruments existants qui évaluent ces comportements de communication chez les couples dont l'un des conjoints est atteint d'un cancer. Pour ce faire, une recension structurée de la littérature à l'aide des moteurs de recherche PubMed, Medline, PsycInfo et Web of Science a été menée. Afin d'étayer cette recension critique, le Modèle de l'Intimité et de l'Adaptation Psychosociale du Couple au Cancer (MIAPCC) de Manne & Badr (2008) a été privilégié. Finalement, la conclusion présente la synthèse des découvertes effectuées en regard des deux objectifs de cet essai et émet des recommandations pour la poursuite des recherches dans ce domaine.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux .....	viii
Liste des figures .....	ix
Remerciements .....	x
Introduction .....	1
Chapitre 1. L'impact du cancer auprès des conjoints et de leur relation conjugale .....	4
L'impact du cancer auprès des conjoints .....	5
L'influence du cancer sur la qualité et la satisfaction de la relation conjugale .....	8
Définition de la qualité de la relation conjugale / la satisfaction conjugale .....	8
Le rôle de la relation conjugale dans l'adaptation au cancer .....	9
La satisfaction conjugale et l'ajustement dyadique au cancer .....	10
Les déterminants de la satisfaction conjugale .....	11
Cadres théoriques utilisés afin d'examiner l'adaptation des couples au cancer .....	13
Théories des ressources .....	13
Théories dyadiques .....	16
Le rôle de la communication conjugale dans l'adaptation dyadique au cancer .....	18
Problèmes méthodologiques dans l'évaluation de la communication conjugale à propos du cancer .....	20
Synthèse de la problématique et objectifs de l'essai .....	20
Méthode .....	22

Chapitre 2. Les comportements de communication et les dimensions de la relation de couple associés à l'adaptation dyadique au cancer .....	24
Objectif 1 : Les comportements de communications liés à l'adaptation dyadique au cancer .....	25
Le modèle MIAPCC .....	27
Les comportements de communication qui favorisent l'adaptation dyadique au cancer .....	31
La révélation de soi réciproque .....	31
La réceptivité du partenaire .....	33
La communication conjugale constructive .....	35
L'engagement dans la relation de couple .....	37
Les comportements de communication qui compromettent/nuisent à l'adaptation des conjoints au cancer .....	38
Les critiques .....	39
Les comportements de communication de type « demande-retrait » .....	40
Les comportements d'évitement de la communication .....	41
Faire preuve de retenue dans la révélation de soi .....	42
Comportement de communication de type « tampon-protecteur » .....	42
Évitement mutuel de la communication .....	43
Les facteurs contextuels susceptibles d'influencer la communication des couples faisant face au cancer .....	45
Les différences culturelles .....	46
Les différences entre les genres et le rôle patient/partenaire .....	46
L'âge et la durée de la relation conjugale .....	47
Les caractéristiques liées au cancer .....	48

Étapes de la maladie .....	48
Types de cancer .....	49
Stades du cancer .....	50
Synthèse critique .....	50
Chapitre 3. Analyse critique des principaux instruments destinés à l'évaluation de la communication conjugale et de l'adaptation dyadique au cancer .....	55
Objectif 2 : Portrait critique des instruments d'évaluation de la communication conjugale à propos du cancer .....	56
Portrait général des principaux instruments d'évaluation utilisés .....	67
Évolution des mesures d'évaluation .....	67
Les modalités utilisées afin d'évaluer la communication conjugale à propos du cancer .....	68
Les entrevues semi-structurées .....	68
Les questionnaires auto-rapportés .....	69
Les méthodes observationnelles .....	70
Caractéristiques et limites méthodologiques des études qui évaluent la communication conjugale à propos du cancer .....	71
Limites conceptuelles des études qui évaluent la communication conjugale à propos du cancer .....	74
L'évaluation des comportements de communication qui influencent l'adaptation dyadique au cancer dans les instruments utilisés .....	77
L'évaluation de la révélation de soi .....	77
L'évaluation de la réceptivité du partenaire .....	78
L'évaluation des comportements d'engagement .....	79
L'évaluation des critiques .....	80

L'évaluation de l'évitement de la communication à propos du cancer.....	81
Synthèse critique .....	82
Conclusion .....	86
Recommandations pour des recherches futures .....	91
Références .....	92



## Liste des tableaux

### Tableau

- 1 Les principaux cadres théoriques utilisés afin d'étudier l'adaptation des  
conjointes au cancer ..... 15
- 2 Principaux instruments utilisés pour évaluer la communication des couples  
faisant face au cancer et leur adaptation ..... 58

## Liste des figures

### Figure

- 1 Modèle de l'Intimité et de l'Adaptation Psychosociale du Couple au Cancer (MIAPCC) ..... 29

## Remerciements

Je tiens d'abord à exprimer toute ma gratitude à l'égard de ma directrice d'essai, la Dre Marie-Claude Blais, psychologue, pour son aide, ses conseils, sa patience et sa confiance durant mon long processus de rédaction. Grâce à toi Marie-Claude, j'ai notamment eu l'occasion d'assister à des *focus groups* de femmes atteintes de cancer. Au cours de ces entretiens, j'ai été particulièrement touchée par le témoignage de ces femmes qui ont fait ou qui font toujours face à la maladie. Entendre discuter celles-ci, les voir pleurer, les voir rire, mais surtout réaliser le courage et l'optimisme réaliste dont elles ont fait preuve afin de se battre contre la maladie m'a pleinement impressionnée et émue. Mais c'est particulièrement en les écoutant discuter des impacts de la maladie sur leur vie, mais également sur la vie des gens qui les entourent et qui les soutiennent qui m'a interpellée en tant que future psychologue. Bref, je suis heureuse d'avoir assisté à ces *focus groups*, car ils ont été pour moi un véritable facteur de déclenchement d'une grande passion; celle d'aider des individus aux prises avec des difficultés psychologiques exacerbées par leur condition physique.

Je tiens également à remercier ma famille, particulièrement mes parents Jean et Louise, qui m'ont notamment transmis les valeurs de détermination et de dépassement de soi. Merci de m'avoir permis de compléter des études universitaires. Votre aide et soutien durant mes études en psychologie a pour moi une valeur inégalée. Vous avez cru en mes capacités d'accomplir mes rêves et vous m'avez encouragée à atteindre ces

derniers. Aujourd'hui, vous faites de moi une femme comblée et votre regard de fierté me remplit de joie.

Bien sûr, je tiens à souligner l'aide de mes amies; particulièrement Emmanuelle, Jessica, Julie et Isabelle qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de mes études universitaires. Merci mes amies d'avoir compris et accepter mes longs moments de silence tout en m'encourageant à poursuivre mes objectifs de vie. Grâce à votre soutien et à votre fierté exprimée, j'ai su trouver la motivation de poursuivre ma rédaction. Je tiens aussi à remercier mes amis d'université : Martin, Rachelle et Valérie qui sont aussi passés par la dure épreuve de la rédaction et qui ont su trouver les mots justes et les encouragements nécessaires lors de mes moments de doute et de découragement. Merci également à Mike qui m'a accompagné dès le début de cette expérience de vie et qui a su me démontrer que j'avais toutes les raisons de croire en moi.

Je tiens à remercier l'Hôpital de la Cité de la Santé qui a cru en mon potentiel et m'a permis d'intervenir en milieu médical. Chaque matin, quand je me rends au travail, je vous en suis reconnaissante. Un gros merci à mes collègues de travail Alice, Francine, Isabelle, Marie-Ève, Martine et Marylène pour vos encouragements et votre compréhension, vous m'avez fait un grand bien.

Finalement, merci à mes évaluateurs Yvan Lussier et Louise Picard pour votre lecture, temps et commentaires consacrés à mon essai, c'est très apprécié.

## **Introduction**

Le cancer génère chez la personne atteinte, tout comme chez son conjoint, de nombreux impacts qui sont susceptibles d'affecter la qualité de leur relation conjugale de même que leur adaptation à l'expérience de la maladie. Des recherches suggèrent que la communication conjugale *à propos* du cancer influence directement l'ajustement des personnes atteintes et de leur partenaire à l'expérience de la maladie (Badr & Carmack, 2006; Manne, Sherman et al., 2004; Manne, Ostroff et al., 2004; Manne & Badr, 2008; Manne, Badr, Zaider, Nelson, & Kissane, 2010; Normand, Lasry, Margolese, Perry, & Fleiszer, 2004). La communication conjugale à propos du cancer est néanmoins un sujet de recherche qui est d'une part complexe et d'autre part relativement récent. Ainsi, la littérature en psycho-oncologie présente à ce jour des connaissances partielles et qui font peu consensus quant aux comportements de communication qui influencent positivement l'adaptation des deux conjoints à l'expérience du cancer. De plus, ce sujet a reçu peu d'attention empirique et il n'existe jusqu'à présent aucune méthode faisant l'unanimité pour évaluer la communication des couples à propos du cancer (Arden-Close, Moss-Moris, Dennison, Bayne, & Gidron, 2010).

Le premier objectif de cet essai vise à répertorier, dans la littérature, les comportements de communication qui favorisent l'adaptation dyadique au cancer. Cette section se conclut par une brève synthèse critique des dimensions centrales à prendre en considération afin d'évaluer l'adaptation dyadique à l'expérience de la maladie. La seconde partie de cet essai dresse un portrait des instruments existants qui évaluent ces comportements de communication chez les couples dont l'un des conjoints est atteint

d'un cancer. Cette deuxième partie a pour but d'évaluer jusqu'à quel point ces instruments permettent ou non de faire l'évaluation des dimensions centrales identifiées dans le premier objectif. Finalement, la conclusion de cet essai résume les principaux facteurs qui peuvent influencer l'adaptation dyadique au cancer ainsi que les forces et les limites des instruments d'évaluation qui mesurent ces dimensions. Des recommandations sont ensuite formulées pour la poursuite des recherches dans ce domaine d'étude qui s'avère prometteur.

## **Chapitre 1**

L'impact du cancer auprès des conjoints et de leur relation conjugale



Afin de bien cerner l'expérience du cancer et ses impacts auprès des conjoints et de leur relation conjugale, le présent chapitre vise en premier lieu à établir la problématique et à présenter les variables étudiées. Par la suite, les objectifs de l'essai seront rappelés. Finalement, la méthode utilisée afin de recenser les études pertinentes dans la littérature sera présentée.

### **L'impact du cancer auprès des conjoints**

Selon les plus récentes statistiques, le cancer est désormais la première cause de décès au Canada. La société Canadienne du Cancer (2011) estime que 40 % des femmes et 45 % des hommes, soit environ deux Canadiens sur cinq, souffriront un jour d'un cancer. Recevoir un diagnostic de cancer engendre souvent des sentiments d'impuissance, de désespoir et d'incertitude face à l'avenir et peut provoquer de fortes réactions émotives et psychologiques. Des études rapportent qu'entre 10 % et 45 % des personnes atteintes de cancer présentent, dans les six mois suivant l'annonce du diagnostic, des troubles de l'humeur, d'anxiété ou d'adaptation (Balderson & Towell, 2003; Gallagher, Parle, & Cairns, 2002; Graves et al., 2007; Montazeri, Sajadian, Ebrahimi, & Akbari, 2005; Steinberg et al., 2009). De plus, les traitements anticancéreux sont exigeants et engendrent régulièrement des effets secondaires importants (douleurs, perte des cheveux, fatigue, nausées, vomissements, modifications corporelles,

dysfonctionnements sexuels, etc.). Ces effets secondaires peuvent affecter le fonctionnement général de la personne, son image corporelle, son estime d'elle-même ainsi que sa sexualité (Jacobsen & Stein, 1999; Zachariae et al., 2007). L'expérience du cancer demande donc à la personne atteinte de s'adapter à plusieurs changements qui peuvent affecter sa qualité de vie (Kayser & Sormanti, 2002; Northouse et al., 2007), ses relations sociales, sa santé physique (Lee et al., 2008; Manne, 1998) ainsi que son bien-être psychologique (Martire, Lustig, Schultz, Miller, & Helgeson, 2004; Verdonck-de Leeuw et al., 2007). Conséquemment, l'expérience du cancer est susceptible d'affecter non seulement la personne atteinte, mais aussi son entourage immédiat.

Comme la relation conjugale constitue souvent la première source de soutien des personnes atteintes de cancer (Libert et al., 2006; Pistrang & Barker, 1995), le conjoint est amené à jouer un rôle de soutien majeur dans l'expérience de la maladie (Manne, Sherman et al., 2004). Le partenaire doit notamment faire face à la menace de perdre l'être aimé, lui apporter un appui émotif et pratique tout en devant parfois s'attribuer les responsabilités du conjoint malade en plus de maintenir ses propres responsabilités (Hawes et al., 2006; Northouse & Peters-Goldon, 1993). Le conjoint est donc lui aussi susceptible d'être affecté par la maladie. D'ailleurs, certaines études rapportent un niveau de détresse psychologique similaire chez les deux conjoints d'un même couple dont l'un des partenaires est atteint d'un cancer (Carmack Taylor et al. 2008; Giese-Davis, Hermanson, Koopman, Weibel, & Spiegel, 2000; Manne, Sherman et al., 2004).

En plus de leur détresse émotionnelle respective, les conjoints sont appelés à faire face à de nombreuses demandes d'adaptation pratiques associées à chacune des phases de la maladie. Ainsi, la prise en charge médicale peut demander aux conjoints de s'absenter régulièrement ou de manière prolongée du travail, de réorganiser les soins prodigués aux enfants et les tâches domestiques de même que restreindre leurs activités sociales et personnelles (Alfano & Rowland, 2006; Manne & Badr, 2008). Les conjoints doivent de plus s'adapter aux effets secondaires des traitements anticancéreux qui peuvent, pour une période temporaire ou à long terme, influencer le fonctionnement de la personne atteinte (Manne & Badr, 2008; Morse & Fife, 1998). Lors d'une rémission de la maladie, le principal défi consiste à effectuer une transition vers un retour à une vie « normale ». Cela implique pour les partenaires de reprendre leurs rôles sociaux, discuter des changements possibles en ce qui concerne leur avenir, ainsi que faire face à la peur de la récurrence du cancer (Fox & Lyon, 2006; Ganz et al., 2002). Pour les couples devant affronter un stade avancé de la maladie, le choix des traitements de fin de vie à privilégier de même que les dispositions légales et testamentaires à envisager sont à discuter (Manne & Badr, 2008). Les conjoints doivent de plus faire face à la peine anticipée ainsi que se confronter aux diverses réactions des enfants et de la famille face à l'annonce d'un pronostic défavorable (McLean & Jones, 2007). Puisque l'expérience du cancer est susceptible de générer de la détresse émotionnelle auprès des deux partenaires conjuguee aux multiples demandes d'adaptation, la qualité de leur relation conjugale est donc elle aussi mise au défi par l'expérience de la maladie.

### **L'influence du cancer sur la qualité et la satisfaction de la relation conjugale**

La littérature démontre qu'un stress chronique, causé par des influences extérieures à la relation de couple, peut affecter négativement les processus adaptatifs des conjoints, leur satisfaction envers la relation et leurs interactions conjugales (Bodenmann, 1997; Brook & Lawrence, 2008). Ainsi, le cancer peut entraîner un stress accru au sein du couple et affecter négativement la qualité de la relation conjugale parce qu'il génère la possibilité de conflits et de tensions auxquels le couple n'aurait pas été confronté en l'absence de ce stressor spécifique (Karney, Story, & Bradbury, 2005). De plus, le couple qui traverse une crise peut ne plus être en mesure de maîtriser des problèmes déjà présents, mais qui demeuraient surmontables. Le cancer est donc susceptible d'affecter négativement la qualité de la relation conjugale, la satisfaction conjugale et nuire à l'adaptation des deux conjoints à l'expérience de la maladie (Berg & Upchurch, 2007; Helgeson & Cohen, 1996; Kornblith, Herr, Ofman, Scher, & Holland, 1994; Manne, Sherman et al. 2004; Manne, Badr, & Kashy, 2011; Northouse, Templin, & Mood, 2001).

### **Définition de la qualité de la relation conjugale / la satisfaction conjugale**

Au cours des années, les chercheurs ont employé divers concepts de façon plus ou moins interchangeable pour référer à la qualité de la relation de couple et à la satisfaction conjugale. Des termes tels que *bonheur conjugal* / *qualité de la relation conjugale* / *satisfaction conjugale* / *ajustement conjugal* ont souvent été utilisés comme synonymes (Heyman, Sayers, & Bellack, 1994), ce qui entraîne au sein de la littérature

une certaine confusion. Il peut en effet être difficile de différencier ces construits puisqu'ils sont fortement corrélés les uns aux autres (Heyman et al., 1994). La définition de la qualité de la relation conjugale qui a été retenue dans cet essai est celle de Bélanger, Sabourin, Dulude & Wright (1993). Ces auteurs définissent ce concept comme l'évaluation subjective du bien-être perçu, ressenti et exprimé par les partenaires en ce qui a trait à leur relation de couple. La satisfaction conjugale, quant à elle, réfère au degré de satisfaction éprouvé par les conjoints en regard de certaines composantes spécifiques de leur relation de couple (intimité, amour, communication, qualité de leur relation conjugale, etc.) (Holman & Jacquart, 1988). Ces définitions sont employées dans cet essai puisqu'elles permettent de bien distinguer la qualité de la relation conjugale et la satisfaction conjugale.

### **Le rôle de la relation conjugale dans l'adaptation au cancer**

Bien que la relation conjugale puisse être affectée négativement par le cancer, elle peut, à l'inverse, influencer positivement l'adaptation des conjoints à l'expérience de la maladie. D'une part, les personnes atteintes de cancer qui sont satisfaites du soutien apporté par leur conjoint et qui décrivent leur relation conjugale comme ayant des niveaux élevés de cohésion, d'expression émotionnelle et de communication démontrent un meilleur ajustement émotionnel à l'expérience du cancer (Bloom, Stewart, Johnston, Banks, & Fobair, 2001; Kershaw et al., 2008; Manne, Taylor, Dougherty, & Kemeny, 1997; O'Mahoney & Carroll, 1997). À l'opposé, une relation de couple perçue comme étant de faible qualité est associée à des niveaux plus élevés de détresse psychologique

et à des difficultés d'adaptation à la maladie (Giese-Davis et al., 2000; Manne, Sherman et al., 2004). De ce fait, la qualité de la relation conjugale a été identifiée dans la littérature comme jouant un rôle médiateur important dans l'adaptation psychosociale de la personne atteinte de cancer (Manne, Sherman et al., 2004; Pistrang & Baker, 1995). De plus, des études plus récentes suggèrent que la qualité de la relation conjugale n'est pas seulement un déterminant important pour l'ajustement de la personne atteinte de cancer, mais bien dans l'adaptation des deux partenaires à l'expérience de la maladie (Badr, Carmack, Kashy, Cristofanilli, & Revenson, 2010; Manne & Badr, 2010a). De ce fait, les chercheurs se sont davantage intéressés à l'impact des relations entre la personne atteinte de cancer et son partenaire sur l'ajustement des deux conjoints à l'expérience de la maladie. Ainsi, ces récentes études adoptent une perspective dyadique permettant de considérer le couple dans son ensemble et où les interactions entre les deux partenaires sont davantage prises en compte.

### **La satisfaction conjugale et l'adaptation dyadique au cancer**

Les études qui adoptent une perspective dyadique démontrent que l'adaptation du conjoint est grandement influencée par les comportements et l'adaptation du partenaire atteint de cancer et vice versa (Badr & Acitelli, 2005 ; Berg & Upchurch, 2007; Hagedoorn, Sanderman, Bolks, Tuinstra, & Coyne, 2008). L'adaptation dyadique à l'expérience du cancer se définit comme un processus continu dans lequel chaque conjoint tente de diminuer l'impact du cancer sur son bien-être physique et psychique et sur celui de son partenaire. Donc, l'adaptation dyadique au cancer n'est pas le résultat

d'un effort unique, mais plutôt une série de réactions d'adaptation continues et interreliées de la part des conjoints face aux multiples défis auxquels ils sont confrontés (Spencer, Carver, & Price, 1998). Ainsi, la manière dont les conjoints s'aident mutuellement à faire face aux facteurs de stress liés au cancer (p., ex: gérer les inquiétudes à propos de la progression et de la récurrence de la maladie, gérer les changements de priorités dans leur vie personnelle et leur relation de couple, maintenir un sentiment de « normalité » dans leur relation, etc.) influence positivement leur niveau de satisfaction conjugale et favorise l'adaptation psychosociale des deux partenaires à l'expérience de la maladie (Manne, Sherman et al, 2004; Manne & Badr, 2008, 2010a). L'ajustement dyadique semble donc être une variable indispensable à considérer dans l'adaptation des couples qui vivent l'expérience du cancer. Manne et Badr (2008) et Manne et al. (2010) décrivent d'ailleurs la relation conjugale comme une ressource, autant pour le patient que pour son conjoint, à utiliser lorsqu'ils affrontent le cancer. Ces auteurs postulent que les processus relationnels qui unissent les couples sont la clé de l'adaptation des conjoints à l'expérience de la maladie.

**Les déterminants de la satisfaction conjugale.** Comme la qualité de la relation conjugale peut être affectée négativement par le cancer, mais qu'elle peut aussi influencer positivement l'adaptation des conjoints à l'expérience de la maladie, il s'avère pertinent de connaître les processus relationnels qui contribuent à une satisfaction conjugale élevée. La littérature portant sur les couples de la population générale identifie de manière consensuelle, un certain nombre de comportements

adoptés par les conjoints qui contribuent à leur adaptation psychologique ainsi qu'à leur satisfaction conjugale (voir Karney & Bradbury, 1995; Bradbury, Fincham, & Beach, 2000 pour une revue exhaustive). En premier lieu, les recherches ont démontré, et ce, de manière constante, que les couples qui communiquent de manière efficace rapportent des niveaux élevés de satisfaction conjugale tandis que les couples qui rapportent des difficultés de communication manifestent davantage de détresse (Levenson & Gottman, 1983, 1985; Markman, Floyd, Stanley, & Storaasli, 1988). La communication efficace constitue donc une variable centrale pour favoriser l'adaptation et la satisfaction conjugale (Bradbury et al., 2000; Karney & Bradbury, 1995; Markman & Hahlweg, 1993). Une communication conjugale efficace implique d'exprimer conjointement ses pensées et sentiments de façon ouverte, respectueuse et non défensive et d'écouter de manière empathique les besoins de son partenaire (Gottman & Levenson, 1992). D'autre part, les recherches ont aussi documenté à plusieurs reprises un lien entre les comportements de résolution de problèmes et la satisfaction conjugale (Christensen & Shenk, 1991; Gottman, Markman, & Notarius, 1977; Margolin & Wampold, 1981). De bonnes habiletés à résoudre les problèmes ou les conflits impliquent une description neutre ou positive du problème, une orientation efficace envers les problèmes, suggérer des solutions constructives, être ouvert à faire des compromis, donner de la rétroaction positive, comprendre et s'entendre avec son partenaire et maintenir une communication ouverte (Christensen & Shenk, 1991). Finalement, les études issues de la perspective théorique du soutien social montrent que les comportements de soutien constituent un autre déterminant important de la satisfaction conjugale. Les comportements de soutien



qui favorisent la satisfaction conjugale consistent par exemple à faire preuve d'écoute et d'empathie envers son partenaire ainsi qu'à exprimer son acceptation et sa validation envers les sentiments qu'il ressent. À l'opposé, les interactions des couples en détresse ont tendance à être caractérisées par des critiques, de l'hostilité, des blâmes, une attitude défensive, un retrait de la conversation et des attributions négatives (Bradbury et al.). Ainsi, la littérature dresse un portrait assez clair des comportements et des dimensions qui contribuent à la satisfaction conjugale auprès des couples de la population générale. En contrepartie, la littérature dans le domaine de la psycho-oncologie présente des connaissances partielles et qui font très peu consensus quant aux variables qui influencent positivement la qualité de la relation conjugale et l'adaptation des conjoints dans le contexte du cancer. Une des raisons possiblement à l'origine de cette littérature fragmentaire est qu'au cours des dernières décennies, différents cadres théoriques ont été utilisés afin d'examiner l'adaptation des couples faisant face au cancer.

### **Cadres théoriques utilisés afin d'examiner l'adaptation des couples au cancer**

Au cours des années, divers cadres théoriques et conceptuels ont guidé les recherches sur l'adaptation des couples au cancer (Tableau 1). L'emploi de ces différentes conceptualisations a donné lieu à des informations certes pertinentes, mais parfois divergentes.

**Théories des ressources.** Les premières recherches se sont davantage concentrées sur l'influence du soutien prodigué par le conjoint en santé sur le niveau de détresse

psychologique manifestée par la personne atteinte d'un cancer (Dunkel-Schetter, 1984; Northouse, 1988). Les concepts évalués étaient les types de soutien (p., ex : émotionnel, informatif, appréciatif et instrumental ; Manne et al., 1997) et les comportements de soutien jugés aidants et non-aidants (p., ex.: empathie, compréhension, affection, critique, optimisme ; Manne & Schnoll, 2001; Northouse). Ces premières recherches ont mis en évidence que pour la personne atteinte, discuter avec son conjoint de sa maladie peut faciliter le traitement cognitif de ses pensées et émotions liées au cancer. Conséquemment, la majorité des études découlant de ce modèle théorique ont évalué la révélation de soi du patient à son partenaire (Hilton, 1994 ; Manne, Sherman et al., 2004; Manne, Ostroff et al., 2004; Pistrang & Barker, 1992; Porter, Keefe, Hurwitz, & Faber, 2005). La majorité des études issues des théories des ressources ont donc adopté une perspective théorique traditionnelle selon laquelle le conjoint agit comme une ressource pour le patient (Manne & Badr, 2008). Ces études sont importantes puisqu'elles ont permis de quantifier l'impact psychologique du cancer sur les personnes atteintes de la maladie ainsi que d'identifier leurs besoins de soutien. Néanmoins, ces recherches ont conceptualisé le soutien du partenaire comme une ressource sans toutefois considérer les aspects relationnels au sein desquels le soutien est prodigué. De plus, elles ont généralement évalué les patients ou leur conjoint séparément dans leur manière d'affronter l'expérience du cancer et ont donc adopté un angle unidirectionnel. Ainsi, d'un point de vue clinique, l'accent mis uniquement sur le patient ne semble pas aussi avantageux que de considérer le couple comme une dyade.

Tableau 1

*Les principaux cadres théoriques utilisés afin d'étudier  
l'adaptation des conjoints au cancer*

<b>Théories</b>	<b>Description</b>	<b>Perspectives théoriques</b>	<b>Concepts évalués</b>
<b>Théories des ressources</b>	Le partenaire / la relation conjugale est perçu comme étant une ressource pour le patient	Théories du soutien social	Les différents types de soutien ( <i>émotionnel, informatif, appréciatif, instrumental</i> )  Les comportements de soutien jugés aidants et non-aidants ( <i>empathie, compréhension, affection, critique, optimisme</i> )
		Théorie sociale du traitement cognitif	Révélation de soi
<b>Théories dyadiques</b>	La relation conjugale est perçue comme étant une ressource pour le couple.	Les théories conjugales comportementales	Les modes de communication et leur impact sur la qualité de la relation conjugale. ( <i>Communication mutuelle constructive, demande-retrait, tampon - protecteur, évitement mutuel</i> )
		Le modèle de résilience conjugale	Les stratégies employées par les conjoints afin de maintenir ou renforcer la qualité de leur relation de couple. ( <i>Parler de la relation conjugale, identité conjugale</i> )
		Le modèle interpersonnel de l'intimité conjugale	La révélation de soi et la réceptivité du conjoint contribuent à l'intimité conjugale ( <i>La révélation de soi réciproque, la perception de la réceptivité du partenaire, l'intimité conjugale</i> )

**Théories dyadiques.** En réponse aux lacunes des théories des ressources, une orientation théorique ultérieure a adopté une perspective dyadique. L'objectif central de cette orientation consiste à évaluer l'impact du cancer sur la qualité de la relation de couple (Badr, Acitelli, & Carmack., 2008; Giese-Davis et al., 2000; Manne et al., 2006). Alors que les théories des ressources conceptualisent la relation conjugale comme une source de soutien pour le partenaire atteint individuellement, cette seconde perspective mise sur l'ajustement dyadique du couple en tant qu'unité. Cette perspective théorique a initialement mis l'accent sur les comportements individuels adoptés par un ou l'autre des conjoints qui améliorent la qualité de leur relation de couple et qui favorisent l'adaptation conjugale au cancer. Les concepts mesurés ont notamment été les modes de communication employés par l'un des conjoints et sa perception quant à la réaction de son partenaire (demande-retrait, évitement mutuel, communication mutuelle constructive, tampon-protecteur). Ces études (Badr et al., 2008; Manne, Sherman et al., 2004; Manne, Ostroff et al., 2004; Manne et al., 2006) sont importantes puisqu'elles ont permis d'identifier certains comportements de communication et de soutien qui favorisent la qualité de la relation de couple et l'adaptation des conjoints à l'expérience de la maladie. Néanmoins, initialement cette orientation théorique examinait davantage les comportements de communication utilisés par *un seul des conjoints* sur l'impact de la relation conjugale et l'adaptation dyadique. Conséquemment, il n'y avait que peu d'attention accordée aux impacts *mutuels* des interactions entre les conjoints au plan de l'intimité conjugale.

Plus récemment, quelques études en psycho-oncologie ont adopté une perspective dyadique réciproque selon laquelle l'adaptation du couple à l'expérience du cancer est considérée en termes relationnels (Manne & Badr, 2008, 2010a; Manne et al., 2011). Non seulement cette perspective considère la relation conjugale comme une ressource pour chacun des partenaires individuellement, mais elle met aussi en évidence l'importance d'examiner les comportements de communication utilisés par *les deux conjoints* qui visent à maintenir ou à améliorer la relation conjugale pendant l'expérience du cancer (Badr et Carmack, 2008; Manne & Badr, 2008, 2010a). Les recherches qui adoptent cette perspective dyadique postulent que les partenaires peuvent s'appuyer sur le lien étroit qui existe entre eux durant l'expérience du cancer et en retirer individuellement une force et un soutien. Conséquemment, cela permettrait de promouvoir leur cohésion conjugale qui, à son tour, favoriserait l'adaptation psychologique des deux partenaires au cancer (Manne & Badr, 2008). Cette perspective dyadique part du point de vue selon lequel les conjoints qui sont satisfaits de leur relation de couple avant la maladie sont conscients de l'importance de maintenir la qualité de leur relation conjugale tout au long de la trajectoire du cancer. Conséquemment, ils font des efforts délibérés et continus afin de maintenir leur bonne entente conjugale durant les périodes difficiles et sont ouverts à trouver des possibilités afin d'améliorer leur relation (Badr et al. 2008). Les modèles de la résilience conjugale et de l'intimité conjugale, tous deux issus de la théorie dyadique, ont notamment examiné les stratégies de communication utilisées par les deux partenaires afin de préserver ou améliorer la qualité de leur relation conjugale et leur adaptation dyadique à

l'expérience du cancer (Badr & Acitelli, 2005; Badr et al., 2008). Ces études ont mesuré des concepts tels que le dévoilement de soi et la réceptivité du partenaire, la discussion mutuelle des conjoints à propos de leur relation de couple ainsi que les comportements qui améliorent leur relation conjugale (Badr et al., 2008; Manne & Badr, 2010a). Ainsi, percevoir l'expérience du cancer comme une occasion pour les couples de renforcer leur relation conjugale plutôt qu'un facteur de stress potentiel pour chaque partenaire entraîne une orientation différente au sein de la littérature.

### **Le rôle de la communication conjugale dans l'adaptation dyadique au cancer**

Bien que les trois perspectives théoriques précédentes adoptent des points de vue différents quant à la façon d'orienter les recherches sur les facteurs qui influencent l'adaptation des conjoints au cancer, une variable semble néanmoins ressortir de manière constante. En effet, l'ensemble des recherches suggère que la fréquence et la qualité de la communication conjugale à propos du cancer influencent directement l'ajustement dyadique des patients et de leurs partenaires (Badr & Carmack, 2006; Manne, Sherman et al., 2004; Manne & Badr, 2008, 2010b; Normand et al., 2004). La communication conjugale est un moyen par lequel les partenaires échangent des informations et des émotions par le biais de comportements verbaux et non verbaux dans le but de s'offrir un soutien mutuel (Normand et al.). Il s'agit donc d'une variable importante dans les études sur l'adaptation au cancer puisqu'elle est le canal par lequel les conjoints s'apportent aide et soutien. La littérature en psycho-oncologie suggère qu'une communication conjugale ouverte à propos de la maladie est associée à un plus grand

soutien mutuel (Badr & Carmack, 2008), à une meilleure qualité de vie (Song et al., 2010), à une meilleure adaptation psychosociale (Northouse et al., 2007) et à des niveaux plus élevés de satisfaction conjugale (Manne & Badr, 2010a) et ce, chez les deux partenaires.

Malgré le rôle adaptatif de la communication conjugale à propos du cancer, les études disponibles (Badr & Carmack, 2009; Boehmer & Clark, 2001; Kornblith et al., 2006; Manne et al., 2006; Manne & Badr, 2008; Porter et al., 2005) suggèrent que les difficultés de communication sur le thème de la maladie sont fréquentes chez les couples confrontés au cancer. Certains couples trouvent particulièrement difficile d'échanger à propos du diagnostic et du pronostic (Goldsmith, 2008), de leurs émotions et de leurs craintes (Caughlin & Afiti, 2004), des plans futurs (Lewis & Deal, 1995), ainsi que des changements de l'image corporelle et des impacts sur leur vie sexuelle (Boehmer & Clark, 2001) que peut impliquer le cancer. La littérature en psycho-oncologie suggère que des difficultés à communiquer ouvertement à propos de la maladie risquent de compromettre l'adaptation des conjoints et est susceptible d'influencer négativement la qualité de leur relation conjugale (Manne & Schnoll, 2001; Manne et al., 2003; Manne, Sherman et al., 2004; Manne, Ostroff et al., 2004; Manne, Ostroff, Winkel, Grana, & Fox, 2005; Manne et al., 2010).

### **Problèmes méthodologiques dans l'évaluation de la communication conjugale à propos du cancer**

Bien qu'au cours des dernières années, le rôle adaptatif de la communication conjugale a suscité une attention accrue dans la littérature en psycho-oncologie, ce sujet a reçu peu d'attention empirique. Manne (1998) déplore d'ailleurs le fait que la majorité des recherches évaluant les conséquences psychosociales du cancer auprès des conjoints mesurent presque exclusivement le niveau individuel de détresse du conjoint atteint de cancer au détriment de plusieurs autres variables (p., ex: le dévoilement de soi, la réceptivité du partenaire, les comportements qui améliorent la relation conjugale, etc.), dont la communication conjugale. Parmi les études qui ont été réalisées, la plupart ont principalement utilisé des méthodologies qualitatives pour caractériser les habitudes de communication des couples (Arrington, 2005; Boehmer & Clark, 2001; Hilton, 1994) et peu d'entre elles ont mesuré explicitement la communication des couples *à propos du cancer* (Manne et al., 2006). Il n'existe d'ailleurs, jusqu'à présent, aucune méthode largement admise pour évaluer de façon spécifique la communication des couples *à propos du cancer* (Arden-Close et al., 2010). Certes, quelques mesures ont été utilisées ou adaptées dans les recherches en psycho-oncologie afin d'évaluer cette variable. Ces mesures présentent néanmoins d'importantes limites théoriques et méthodologiques. Ces limites seront présentées de manière détaillée dans le troisième chapitre de cet essai.

### **Synthèse de la problématique et objectifs de l'essai**

Le cancer génère chez la personne atteinte, tout comme chez son conjoint, de nombreux impacts qui sont susceptibles d'affecter la qualité de leur relation conjugale



de même que l'adaptation de chacun des conjoints à l'expérience de la maladie. Des recherches suggèrent que la fréquence et la qualité de la communication conjugale à propos du cancer influencent directement l'ajustement dyadique des personnes atteintes et de leurs partenaires (Badr & Carmack, 2006; Manne, Sherman et al., 2004; Manne, Ostroff et al., 2004; Manne & Badr, 2008, 2010b; Normand et al., 2004). La communication au sein du couple dont l'un des membres est atteint de cancer est néanmoins un sujet de recherche complexe et relativement récent. En effet, les comportements de communication qui influencent positivement l'adaptation des deux conjoints à l'expérience du cancer demeurent méconnus. De plus, ce sujet a reçu peu d'attention empirique et il n'existe, jusqu'à présent, aucune méthode faisant l'unanimité pour évaluer la communication des couples à propos du cancer (Arden-Close et al., 2010). Étant donné la détresse psychologique et les difficultés d'adaptation que peuvent éprouver les couples dont l'un des conjoints est atteint de cancer, il s'avère primordial de comprendre comment améliorer les processus de communication et la satisfaction des couples. Tous ces éléments convergent vers la nécessité de mener une revue de littérature qui vise deux objectifs principaux. Le premier objectif de cet essai est de répertorier dans la littérature les comportements de communication qui sont associés à la satisfaction conjugale et à l'adaptation des conjoints dans le contexte spécifique du cancer. Le deuxième objectif, qui découle du premier, est de répertorier et de faire une analyse critique des principaux instruments destinés à l'évaluation de la communication et de l'adaptation dyadique au cancer. Ce deuxième objectif vise donc à évaluer jusqu'à quel point ces instruments permettent ou non de faire l'évaluation des dimensions

centrales préalablement identifiées dans le premier objectif. Ainsi, les informations relevées dans cet essai pourront, d'une part, aider les cliniciens à identifier les comportements de communication conjugale qui contribuent positivement à l'adaptation des conjoints à la maladie. D'autre part, ces informations pourront aussi servir à élaborer des mesures d'évaluation plus précises afin de mieux détecter les couples susceptibles de moins bien s'adapter au cancer.

### **Méthode**

Une recension structurée de la littérature à l'aide des moteurs de recherche PubMed, Medline, PsycInfo et Web of Science a été menée afin d'identifier les études publiées entre 1976 et avril 2012 portant sur la communication et la satisfaction conjugale des couples faisant face au cancer. Les mots-clés utilisés sont (couple, spouses, dyadic relationship, marital relationship, ou caregivers ), (cancer, oncology ou chronic disease), (communication, cancer-related communication, discussion, interactions ou self-disclosure) et (marital/relationship satisfaction, marital adjustment, relationship intimacy, relationship processes ou marital/spousal support). Les études utilisées ont aussi été répertoriées dans les listes de références des articles consultés. Cette revue de littérature s'intéresse à l'adaptation des conjoints faisant face à tous les types de cancer ainsi qu'à tous les stades de la maladie. De ce fait, aucun critère d'exclusion n'a été appliqué à cet égard. Finalement, peu d'études au sein de la littérature en psycho-oncologie ont comme participants des couples dont les partenaires sont de même sexe.

Conséquemment, ce présent relevé de littérature porte sur les partenaires hétérosexuels impliqués au sein d'une relation de couple.

## **Chapitre 2**

Les comportements de communication et les dimensions de la relation de couple  
associés à l'adaptation dyadique au cancer

L'objectif de ce chapitre est d'identifier les comportements de communication et les dimensions de la relation de couple qui favorisent l'adaptation des deux conjoints au cancer. Le Modèle de l'Intimité et de l'Adaptation Psychosociale du Couple au Cancer (MIAPCC) de Manne & Badr (2008), utilisé afin d'étayer cette recension critique de la littérature, sera dans un premier temps présenté. Basés sur ce modèle, les comportements de communication qui favorisent et ceux qui compromettent l'adaptation dyadique au cancer seront discutés. D'autre part, les facteurs contextuels qui sont susceptibles d'influencer la communication conjugale à propos du cancer seront présentés. Finalement, ce chapitre se conclura par une brève synthèse critique des dimensions centrales à prendre en considération dans l'adaptation dyadique au cancer.

### **Objectif 1 : Les comportements de communication liés à l'adaptation dyadique au cancer**

Au cours des dernières années, le rôle adaptatif de la communication conjugale à propos du cancer a suscité une attention accrue dans la littérature en psycho-oncologie. Un nombre croissant d'études ont apporté d'importantes informations sur les habitudes de communication des couples faisant face au cancer. Les études menées par Dre Sharon Manne et ses collaborateurs de même que les études dirigées par Dre Hoda Badr représentent les écrits les plus significatifs dans ce domaine de recherche encore très

récent. Dernièrement, les études menées selon une perspective dyadique se sont intéressées aux interactions et impacts mutuels des comportements de communication entre les partenaires. Cette conceptualisation dyadique a ainsi démontré que la fréquence et la qualité de la communication conjugale à propos du cancer influencent directement l'ajustement des deux conjoints à l'expérience de la maladie (Badr & Carmack, 2006; Manne, Sherman et al., 2004; Manne & Badr, 2008, 2010a; Normand et al., 2004). La littérature a notamment mis en lumière que la façon dont les couples communiquent (ou ne communiquent pas) à propos des préoccupations liées au cancer influence directement leur ajustement dyadique à l'expérience de la maladie. Malgré son important rôle adaptatif, il n'existe pas actuellement dans la littérature de définition unique de la communication conjugale à propos du cancer. Des termes tels que communication ouverte, interaction, communication interpersonnelle, ouverture, dévoilement, révélation de soi, expression émotionnelle et soutien émotionnel ont été utilisés de manière interchangeable afin de référer au même construit (Figueiredo, Fries, & Ingram, 2004). Dans cet essai, la définition qui sera privilégiée pour désigner la communication conjugale à propos du cancer consiste en *l'échange d'informations et d'expériences personnelles (préoccupations et sentiments) à propos du cancer entre la personne atteinte de cancer et son conjoint* (Song, 2009).

Afin d'examiner les comportements de communication et les dimensions de la relation de couple associés à la satisfaction et à l'adaptation conjugale dans le contexte spécifique du cancer, il est pertinent de s'appuyer sur un modèle théorique.

Malheureusement, jusqu'à présent, il n'existe pas de modélisation théorique qui fait consensus quant aux déterminants de la communication conjugale liés à l'adaptation dyadique au cancer. Quelques modèles ont été utilisés dans la littérature en psycho-oncologie afin d'étudier comment les personnes atteintes de cancer et leur conjoint communiquent à propos de la maladie. Parmi ces modèles, on retrouve le modèle transactionnel du stress et du « coping » de Lazarus et Folkman (1984), le modèle systémique et transactionnel du stress et du coping dans le couple de Bodenman (1995) le modèle de la résilience, de l'ajustement et de l'adaptation au stress familial de McCubbin et McCubbin (1991) et le modèle de la communication conjugale à propos du cancer de Northouse et al. (2001) (Segrestan-Crouzet, 2010; Song, 2009). Ces modèles sont intéressants puisqu'ils illustrent l'importance de la communication conjugale face à un événement potentiellement stressant tel le cancer. Toutefois, ils offrent peu d'informations sur les différents comportements de communication adoptés par les conjoints et les impacts mutuels de ces interactions sur leur dynamique conjugale et leur adaptation dyadique au cancer.

### **Le modèle MIAPCC**

Un modèle apparu très récemment dans la littérature en psycho-oncologie se distingue néanmoins des modèles précédents. Il s'agit du Modèle de l'Intimité et de l'Adaptation Psychosociale du Couple au Cancer (MIAPCC) (Manne & Badr, 2008). (traduction libre de *Relationship Intimacy Model of Couple Psychosocial Adaptation to Cancer*). Le MIAPCC est particulièrement intéressant puisqu'il suggère que la

communication conjugale influence l'adaptation psychologique des couples par l'entremise de ses effets sur l'intimité de la relation conjugale. L'intimité est le processus interactionnel à l'intérieur duquel un individu révèle des informations et des sentiments importants sur lui-même et, à partir de la réponse de l'autre, en vient à se sentir compris et validé et à ressentir que l'autre se soucie de lui (Reis, 1990). Ce modèle met en évidence le rôle du dévoilement de soi, de la réceptivité du partenaire et de l'engagement dans la relation de couple, indiquant que des niveaux plus élevés d'intimité entraînent une meilleure relation et adaptation psychologique.

Selon ce modèle, la communication positive influence l'adaptation psychologique des deux partenaires en améliorant l'intimité conjugale tandis que la communication négative compromet l'intimité conjugale et par conséquent, l'adaptation des conjoints au cancer. La communication conjugale peut donc soit « améliorer la relation » ou « compromettre la relation » par l'entremise de l'intimité conjugale (Figure 1). L'intimité joue donc un rôle médiateur important entre la communication conjugale et l'adaptation dyadique au cancer (Manne & Badr, 2010a). Ainsi, comparativement aux autres modèles existants, le MIAPCC dresse un portrait plus complet des interactions conjugales entre les conjoints, de leurs impacts sur l'intimité conjugale et l'adaptation dyadique au cancer. Cette modélisation est unique puisque d'une part, les interactions entre les conjoints sont considérées comme le fondement de l'intimité conjugale et d'autre part, parce que l'intimité y est définie en termes interactifs.



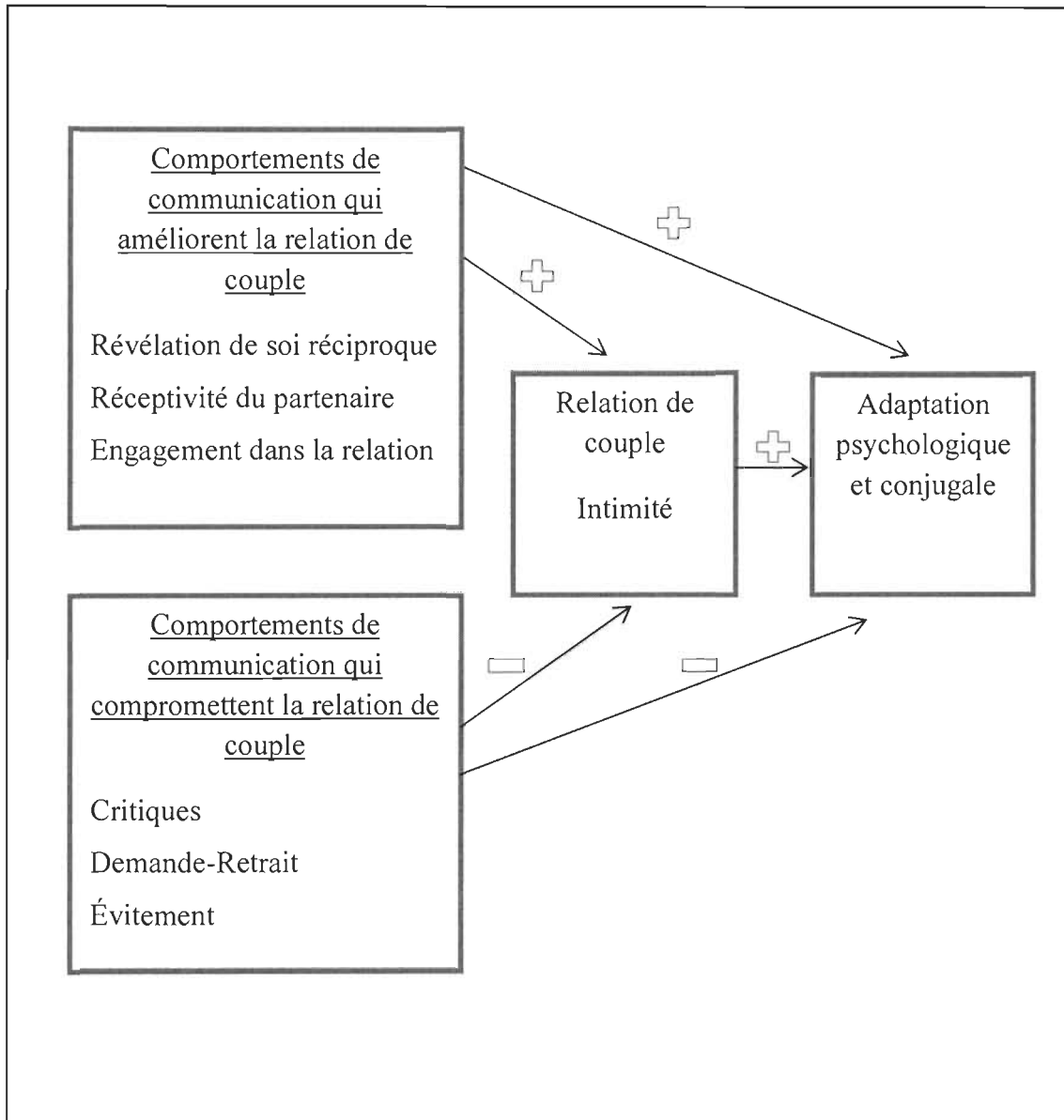


Figure 1. Modèle de l'Intimité et de l'Adaptation Psychosociale du Couple au Cancer (MIAPCC). (Manne & Badr, 2008)

De plus, ce modèle correspond à la plus récente direction donnée à la littérature dans ce domaine qui consiste à s'intéresser aux interactions et impacts mutuels des comportements de communication entre les partenaires. Ainsi, dans les prochaines sections de cet essai, un regard détaillé et critique sur l'ensemble des variables du MIAPCC sera présenté.

À l'origine, le MIAPCC est issu du modèle du processus interpersonnel de l'intimité de Reis et Shaver (1988) et a été adapté afin d'être spécifique au cancer (Manne, Ostroff et al., 2004). Depuis, plusieurs études ont fourni un appui empirique au MIAPCC. Manne, Ostroff et ses collaborateurs (2004) ont évalué l'association entre le dévoilement de soi, la réceptivité du partenaire et l'engagement dans la relation conjugale auprès de couples dont la femme est atteinte d'un cancer du sein précoce. Ces auteurs ont observé que des niveaux élevés de révélation de soi et de réceptivité du conjoint sont associés à une plus grande intimité conjugale pour les personnes atteintes et les conjoints. Des résultats similaires sont aussi rapportés dans une étude transversale auprès d'hommes atteints d'un cancer de la prostate de stade précoce et de leur partenaire (Badr & Carmack, 2009). Dans un échantillon de patients atteints de cancer gastro-intestinal et leur conjoint, Porter et al. (2005) ont conclu que les conjoints qui ont révélé à leur partenaire plusieurs de leurs inquiétudes liées au cancer ont expérimenté une intimité conjugale élevée ainsi qu'une meilleure adaptation à l'expérience du cancer. Étant donné que le principal sujet d'étude de cet essai est la communication conjugale à propos du

cancer et de ses liens avec l'adaptation dyadique, l'emploi du modèle MIAPCC semble tout indiqué pour étayer une recension critique de la littérature existante.

### **Les comportements de communication qui favorisent l'adaptation dyadique au cancer**

La façon la plus commune pour les patients atteints de cancer et leur conjoint de gérer leurs craintes et leurs inquiétudes face à l'expérience du cancer est de se tourner l'un vers l'autre afin d'obtenir du soutien (Pistrang & Barker, 1992). Le niveau d'ouverture avec lequel chacun des partenaires partage l'un envers l'autre ses pensées et émotions liées au cancer joue un rôle important dans son adaptation psychologique à l'expérience de la maladie (Hagedoorn et al., 2008; Pistrang & Barker, 1995). Les études démontrent que les comportements de soutien tels que la révélation de soi, la perception du niveau de révélation de soi de son partenaire, la façon dont le conjoint répond à la révélation de soi à propos du cancer et l'engagement dans la relation conjugale peuvent améliorer l'adaptation des couples à la maladie en augmentant la qualité de leur relation conjugale (Manne & Badr, 2010a).

**La révélation de soi réciproque.** La première variable issue du modèle MIAPCC (Manne et Badr, 2008) (Figure 1) concerne la révélation de soi. La révélation de soi se définit comme la communication des préoccupations et sentiments à propos du cancer afin que l'autre puisse mieux nous percevoir et nous connaître (Reis, 1990). Des niveaux élevés de révélation de soi présentent de nombreux bienfaits pour les conjoints (Manne, Ostroff et al., 2004). D'une part, la révélation de soi permet aux patients de partager

leurs émotions et leurs inquiétudes liées au cancer. Par conséquent, la révélation de soi favorise l'obtention d'une écoute active, des comportements de validation et de la rétroaction constructive (Giese-Davis et al., 2000; Pistrang & Barker, 1995). Gotcher (1995) a examiné la communication entre les personnes atteintes de cancer du sein/prostate et leur partenaire. Il a observé que les personnes atteintes de cancer ont indiqué une meilleure adaptation psychologique au cancer lorsqu'elles rapportent une communication fréquente, honnête et gratifiante avec leur partenaire. De plus, les études démontrent que les personnes atteintes de cancer manifestent moins de détresse lorsque leur conjoint fait aussi preuve de révélation de soi face au cancer (Hagedoorn, Sanderman et al., 2011; Manne et al., 2006). De surcroît, la révélation de soi permet aux deux partenaires d'organiser leurs pensées, facilite le traitement cognitif et émotif lié au cancer, diminue la fréquence des pensées intrusives et contribue à l'adaptation à la maladie (Boehmer & Clark, 2001; Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001; Lepore, 2001).

Bien que la révélation de soi permet de faire émerger les émotions et relâcher une certaine tension émotionnelle, il y a toutefois peu d'évidence qu'elle favorise à elle seule l'adaptation (Rimé, Philippot, Boca, & Mesquita, 1992). Il semblerait plutôt que ce soit la manière dont l'autre partenaire répond à la révélation de soi qui fait une différence cruciale (Hagedoorn, Sanderman et al., 2011; Lepore, 2001; Pistrang & Barker, 1995).

**La réceptivité du partenaire.** La deuxième variable issue du modèle MIAPCC (Manne & Badr, 2008) concerne la réceptivité du partenaire (Figure 1). Elle se définit par la perception de se sentir compris, écouté et accepté par son conjoint. Plus le conjoint ressent que son partenaire est réceptif et qu'il comprend ce qu'est pour lui l'expérience du cancer, plus il trouve cela aidant et bénéfique de discuter avec lui des impacts de la maladie et moins il présente de détresse psychologique (Manne & Badr, 2010a; Pistrang, Barker, & Rutter, 1997; Porter et al., 2009). Dans leur étude auprès de 113 femmes atteintes du cancer du sein, Pistrang et Barker (1995) ont identifié que les patientes manifestaient moins d'anxiété, de dépression et d'hostilité lorsqu'elles étaient satisfaites de la façon dont leur partenaire répondait à leur révélation de soi. Selon les études portant sur le soutien social et l'expérience du cancer, des niveaux élevés d'empathie, d'écoute active, de comportements de validation et de rétroaction constructive ainsi que de faibles niveaux d'évitement de la communication sont associés à des réponses de soutien jugées aidantes (Pistrang & Barker, 1995; Porter et al., 2005, 2009). De plus, les conjoints qui répondent à l'ouverture de soi de leur partenaire en se révélant eux aussi favoriseraient la satisfaction conjugale et l'adaptation des deux conjoints à la maladie (Badr & Carmack, 2008; Manne & Badr, 2010b). Ainsi, les personnes atteintes de cancer qui sont grandement satisfaites du soutien prodigué par leur conjoint présentent un meilleur ajustement émotionnel au cancer et des niveaux élevés de satisfaction conjugale (Cutrona, 1990; Helgeson & Cohen, 1996). Il semble toutefois que c'est l'adéquation entre les besoins de la personne atteinte de cancer et la façon dont le partenaire y répond qui est primordiale à l'adaptation dyadique.

En effet, il s'avère important que les besoins de soutien initiaux des conjoints soient satisfaits, car plus les personnes atteintes de cancer rapportent des besoins non comblés en terme de soutien, plus elles manifestent des niveaux élevés de détresse (Kayser & Sormanti, 2002; Manne et al., 1997). Reynolds et Perrin (2004) ont mené une étude auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein et leur conjoint. Ces auteures ont divisé ces femmes en quatre groupes distincts en fonction de leurs besoins et de leurs préférences en termes de soutien conjugal. Le premier groupe de femmes souhaitait particulièrement obtenir de la réassurance de la part de leur conjoint quant au fait que tout irait bien au cours de l'expérience de la maladie. Le deuxième groupe de femmes désirait davantage que leur conjoint leur apporte des conseils et informations liées au cancer tandis que le troisième groupe ne souhaitait pas recevoir d'informations et de conseils de la part de leur conjoint, mais elles se disaient ouvertes à discuter avec ce dernier à propos de la maladie. Quant au dernier groupe de femmes, elles n'attendaient que peu de comportements de soutien de la part de leur conjoint, préférant être traitées « normalement » par ce dernier plutôt que comme des patientes. Reynold et Perrin ont ainsi démontré que c'est davantage l'adéquation entre le soutien désiré et le soutien perçu qui est essentielle à l'ajustement au cancer. En effet, l'adéquation entre le soutien voulu et le soutien reçu était associée à un bon ajustement des personnes atteintes de cancer, tandis que recevoir un soutien non désiré était associé à une faible adaptation à l'expérience de la maladie. Ces données illustrent l'importance d'évaluer les besoins initiaux de soutien manifestés par les conjoints de même que la perception du soutien reçu par les partenaires dans l'adaptation dyadique au cancer.

**La communication conjugale constructive.** Dans certaines versions ultérieures du MIAPCC (Manne et al., 2010; Manne et al., 2011), le terme communication mutuelle constructive (échanges mutuels ouverts entre les conjoints en ce qui concerne leurs émotions, besoins et préoccupations à propos du cancer) est employé plutôt que les termes révélation de soi réciproque et réceptivité du partenaire. La communication mutuelle constructive entre les partenaires comprend l'expression conjointe de leurs émotions, l'écoute et la compréhension des besoins de l'autre, l'emploi de techniques de résolution de problèmes positives et la négociation mutuelle de solutions. La littérature en psycho-oncologie suggère que les couples qui affrontent les difficultés en utilisant une communication mutuelle constructive rapportent des niveaux plus faibles de détresse psychologique, une meilleure adaptation à la maladie et une satisfaction conjugale élevée (Badr et al., 2008; Kornblith et al., 2006; Manne, Sherman et al., 2004; Manne et al., 2006). Les conjoints qui manifestent une communication mutuelle constructive discuteraient donc plus ouvertement et librement de l'impact émotionnel du cancer, des traitements à privilégier et de leurs effets secondaires, des impacts du cancer sur leur satisfaction sexuelle et leur qualité de vie, de même que des implications futures de la maladie telles que la mort (Badr & Carmack, 2006; Kornblith et al., 2006, Manne, Sherman et al., 2004;). De plus, Manne et ses collègues (2006) ont identifié que le lien entre la communication mutuelle constructive et la diminution de la détresse psychologique est d'autant plus prédominant auprès des conjoints atteints de cancer qui présentent davantage de symptômes physiques incommodes.

Un concept similaire à la communication mutuelle constructive est aussi rapporté dans la littérature en psycho-oncologie. Il s'agit des comportements de communication d'engagement actifs qui sont définis par des discussions ouvertes entre les conjoints concernant les préoccupations liées au cancer et l'adoption de stratégies de résolution de problèmes positives (Coyne & Smith, 1991). L'utilisation de ces comportements de communication auprès des conjoints faisant face au cancer est associée à une satisfaction conjugale élevée (Kuijer et al., 2000; Manne et al., 1997). Les études suggèrent que l'emploi de techniques de résolution de problèmes positives, c'est-à-dire une définition objective du problème, une orientation efficace envers les problèmes et une recherche active de solutions, favorise l'adaptation au cancer et la qualité de vie des conjoints (Allen et al., 2002). À l'opposé, l'emploi de techniques de résolution de problèmes dites inefficaces tel que percevoir le problème comme une menace et faire preuve d'évitement ou d'impulsivité est associé à une plus grande détresse psychologique et à une moins bonne adaptation dyadique au cancer (Nezu, Nezu, McClure, Felgoise, & Houts, 2003). Bien que la littérature énonce l'importance des stratégies de résolution de problèmes dans l'ajustement conjugal au cancer, ces stratégies sont souvent énoncées de façon sommaire et rarement décrites dans les études en psycho-oncologie. Conséquemment, il en résulte peu d'informations détaillées sur la manière dont les conjoints font face aux problèmes liés au cancer et les stratégies qu'ils adoptent afin de résoudre les problématiques rencontrées.



**L'engagement dans la relation de couple.** La littérature démontre que les conjoints qui font preuve d'engagement dans leur relation de couple durant les périodes difficiles influence positivement leur niveau de satisfaction conjugale et favorise l'adaptation des deux partenaires à l'expérience de la maladie (Badr & Carmack, 2008; Hagedoorn, Dagan et al., 2011; Manne, Sherman et al., 2004; Manne & Badr, 2008). Cette troisième variable issue du modèle MIAPCC (Figure 1) comporte deux volets. D'une part, l'engagement implique pour les conjoints de percevoir le cancer en termes relationnels; c'est-à-dire comme ayant des incidences sur chaque partenaire individuellement, mais aussi sur leur relation conjugale (Badr et al. 2008). La seconde composante consiste à mettre en place des comportements qui visent à maintenir ou renforcer la relation de couple tout au long de l'adaptation au cancer (Badr et al., 2010; Manne & Badr, 2008; Manne et al., 2011). Parmi ces comportements, on retrouve notamment la prise de conscience des conjoints quant aux défis que pose le cancer sur leur relation de couple et discuter ouvertement de ces changements avec leur partenaire, maintenir les dimensions de la relation qui sont importantes pour les deux partenaires au cours de la maladie, se traiter l'un l'autre comme conjoints plutôt qu'en adoptant les rôles de soignant-soigné et utiliser des stratégies de résolution de problèmes afin de faire face aux problèmes liés au cancer (Manne & Badr, 2008, 2010a; Manne et al., 2011).

Les résultats précédents montrent que la communication conjugale ouverte peut être un important prédicteur d'ajustement conjugal à l'expérience du cancer. Néanmoins, discuter ouvertement des préoccupations liées au cancer peut constituer un réel défi pour

les conjoints devant faire face à cette maladie. D'ailleurs, les couples qui font face au cancer identifient régulièrement leur communication inefficace comme étant une source de préoccupation majeure (Hodgson, Shields, & Rousseau, 2003; Kornblith et al., 2006)

### **Les comportements de communication qui compromettent/nuisent à l'adaptation des conjoints au cancer**

Alors que la communication conjugale de qualité à propos du cancer influence positivement l'ajustement dyadique, les interactions conjugales insatisfaisantes ou négatives peuvent, quant à elles, augmenter la détresse psychologique des partenaires et affecter négativement leur adaptation à l'expérience du cancer (Badr & Carmack, 2009; Boehmer & Clark, 2001; Kornblith et al., 2006; Manne et al., 2006; Manne & Badr, 2008; Porter et al., 2005). Certains auteurs avancent même que les interactions négatives des partenaires ont un plus grand impact sur le bien-être des personnes atteintes de cancer que les comportements de communication jugés favorables (Manne et al., 1997). Une explication possible est que les interactions négatives de la part des conjoints affectent négativement les stratégies d'adaptation des personnes atteintes de cancer et compromettent ainsi leur ajustement au cancer (Manne, Alfieri, Taylor, & Dougherty, 1999). Au sein de la littérature, des difficultés de communication conjugale à propos du cancer sont fréquemment rapportées par les conjoints (Badr & Carmack, 2009; Boehmer & Clark; Kornblith et al., 2006; Manne et al., 2006; Manne et Badr, 2008; Porter et al., 2005). Les difficultés de communication conjugales les plus régulièrement rapportées par les patients atteints de cancer sont : les critiques (Manne et al., 2005; Harris et al., 2009), les comportements de communication demande-retrait (Manne et al., 1997) ou

encore l'évitement d'une communication ouverte à propos de la maladie (Boehmer & Clark).

**Les critiques.** Cette variable du MIAPCC de Manne et Badr (2008) implique toutes les réactions jugées non-soutenantes. Au sein de la littérature en psycho-oncologie, les formes de critique les plus souvent rapportées par les personnes atteintes de cancer sont : dire les choses trop directement ou de manière blessante, donner trop de conseils, faire de la résolution de problèmes plutôt que d'écouter les sentiments exprimés par le conjoint, critiquer le partenaire à propos de sa façon de réagir à la maladie, minimiser l'impact du cancer et faire preuve d'hostilité et/ou d'attribution négatives (Badr & Carmack, 2006; Cutrona, 1990; Kornblith et al., 2006; Manne & Schnoll, 2001; Manne et al., 1997, 2005; Porter et al., 2005). Dans une étude de Pistrang et al., (1997), des patientes atteintes d'un cancer du sein ont rapporté des échanges insatisfaisants avec leur conjoint lorsque ce dernier faisait preuve d'un manque d'empathie, un changement soudain de sujet lorsqu'elles se révélaient et lorsque leur conjoint les encourageait à rester optimiste alors qu'elles exprimaient leurs craintes. De telles réponses ne font pas que décevoir la personne qui exprime ses émotions et qui s'attend à recevoir un appui émotionnel, mais tend à diminuer ses initiatives futures de se révéler (Cutrona, Lepore, 2001). Il en résulte donc une faible qualité du soutien perçu, une diminution de la satisfaction conjugale ainsi que l'augmentation de la détresse de la personne atteinte (Manne et al., 2005, 2007).

**Les comportements de communication de type « demande-retrait ».** Le patron de comportement de communication défini dans la littérature sous le nom de demande-retrait (*demand-withdraw patterns of communication*) (Christensen & Shenk, 1991) se manifeste lorsque l'un des partenaires exerce une pression sur l'autre afin de discuter de la maladie, et que ce dernier devient évitant, passif et défensif. L'utilisation de ce patron de communication chez les couples faisant face au cancer est associée à une détresse psychologique marquée ainsi qu'à une faible satisfaction conjugale chez les personnes atteintes de cancer (Manne, Ostroff et al., 2004; Manne et al., 2005, 2006). Étant donné que le conjoint est généralement la principale source de soutien pour la personne atteinte de cancer, le fait de ne pas être en mesure de partager ses préoccupations avec son partenaire alors qu'il éprouve ce besoin peut s'avérer particulièrement problématique. Par exemple, des patients atteints de cancer du poumon ont rapporté que le refus de leur partenaire de discuter ouvertement de la maladie a entraîné une augmentation de leur détresse psychologique, les ont amenés à modifier négativement leurs interactions avec leur partenaire et ils ont vu s'instaurer des tensions au sein de leur couple (Badr & Carmack, 2006). Ces données sont cohérentes avec ce que l'on observe dans la littérature auprès de couples de la population générale qui indiquent que l'emploi répété de comportements de communication de type « demande-retrait » est associé à la détresse conjugale et à une faible satisfaction conjugale (Christensen & Shenk). Il est toutefois à noter que l'emploi de comportements de communication de type « demande-retrait » chez les couples dont l'un des conjoints est atteint de cancer est associé à une détresse accrue, même chez ceux qui rapportent une satisfaction conjugale élevée

(Manne et al., 2006). Ces informations sont particulièrement importantes puisqu'elles démontrent que même les couples qui rapportent une satisfaction conjugale élevée en ce qui a trait à d'autres aspects de leur vie (et de leur relation de couple) peuvent ne pas discuter ouvertement de l'impact de la maladie (Boehmer & Clark, 2001; Holmberg, Scott, Alexy, & Fife, 2001). Ce patron de communication fait ainsi ressortir que ce sont les différences de perception entre les conjoints, quant aux comportements de communication à privilégier, qui sont à l'origine d'une détresse psychologique marquée (Hilton, 1994).

**Les comportements d'évitement de la communication.** La dernière variable issue du modèle MIAPCC (Figure 1) concerne l'évitement de la communication conjugale à propos des préoccupations liées au cancer. Il s'agit de la difficulté de communication la plus fréquemment rapportée par les conjoints (Boehmer & Clark, 2001; Manne, Sherman et al., 2004). En effet, la littérature fait état de nombreuses raisons manifestées par les conjoints afin d'éviter la communication ouverte à propos du cancer et des problématiques qui y sont liées. Les couples peuvent notamment éviter d'aborder leurs pensées et sentiments à propos du cancer afin de se protéger, protéger leur partenaire, maintenir l'espoir ainsi qu'un sentiment de normalité dans leur couple, éviter des conflits, etc. (Caughlin & Golish, 2002; Caughlin & Afifi, 2004). En outre, l'évitement de la communication peut être manifesté par un seul ou les deux partenaires.

***Faire preuve de retenue dans la révélation de soi.*** Ce comportement d'évitement de la communication consiste en l'inhibition active de la part d'un conjoint à révéler ses inquiétudes et émotions à propos du cancer à son partenaire. Les patients qui présentent des niveaux élevés de retenue dans la révélation de soi (*holding back*) peuvent souhaiter discuter ouvertement des préoccupations liées au cancer, mais être réticents à le faire. Les patients ou leurs conjoints peuvent préférer éviter la communication afin de se protéger eux-mêmes contre les émotions désagréables telles que la peur, l'anxiété, la colère ou l'impuissance qu'une telle discussion pourrait susciter (Badr & Carmack, 2009; Boehmer & Clark, 2001). L'évitement de la communication à propos du cancer risque donc de diminuer la possibilité pour les deux partenaires d'obtenir du soutien. Conséquemment, cela peut générer des niveaux plus élevés de détresse psychologique chez les deux conjoints et nuire à leur adaptation à la maladie (Dagan et al., 2011).

***Comportement de communication de type « tampon-protecteur ».*** L'évitement de la communication à propos du cancer peut aussi être motivé par le désir de protéger son partenaire d'être blessé ou contrarié, et ce, en dissimulant ses inquiétudes, en cachant ses préoccupations ou en étant conciliant afin d'éviter les désaccords (Coyne & Smith, 1991). Ce type de communication est désigné dans la littérature sous le nom de « tampon-protecteur » (*protective-buffering patterns of communication*). Cette dynamique relationnelle est aussi décrite chez les couples faisant face au cancer (Kuijer et al., 2000; Manne, Dougherty, Veach, & Kless, 1999). Les personnes atteintes de cancer ou leur conjoint peuvent en effet être réticents à révéler leurs émotions dans le

but de protéger l'être aimé contre le désespoir, l'impuissance, les craintes et l'anéantissement qu'ils peuvent éprouver, ou pour se protéger eux-mêmes contre les réactions que le partenaire peut manifester (Arrington, 2005). Manne, Sherman et al. (2004) ont montré que les personnes atteintes de cancer qui utilisent le patron de communication « tampon-protecteur » et qui estiment leur relation conjugale satisfaisante manifestent plus de détresse comparativement aux personnes atteintes de cancer qui utilisent ce patron de communication, mais qui sont moins satisfaites de leur relation de couple. De façon similaire, les conjoints qui rapportent un haut niveau de satisfaction conjugale ont tendance à rapporter plus de détresse lorsque leur partenaire atteint de cancer utilise ce patron de communication, comparativement à ceux qui sont moins satisfaits. Ces résultats suggèrent donc que ce serait l'interaction entre l'utilisation du patron de communication « tampon-protecteur » de la part des partenaires et leur degré de satisfaction conjugale qui est la plus prédictive de leur niveau de détresse psychologique (Manne et al., 2007). Ces informations mettent donc en évidence l'importance d'évaluer préalablement la satisfaction conjugale des conjoints avant d'évaluer l'impact psychologique des comportements de communication de type « tampon-protecteur » employés par les conjoints.

***Évitement mutuel de la communication.*** Les conjoints peuvent éviter mutuellement de communiquer à propos du cancer dans l'intention de préserver leur espoir, se distraire des pensées associées à la maladie et maintenir une impression de normalité dans leurs échanges conjugaux (Arrington, 2005). La littérature en psycho-oncologie identifie que

L'évitement mutuel de la communication conjugale est associé à une plus grande détresse psychologique à la fois auprès du partenaire et de la personne atteinte de cancer (Manne et al., 1997, 2005; Manne & Schnoll, 2001; Paradis et al., 2008). En contrepartie, cette stratégie ne semble pas influencer significativement la satisfaction conjugale, laquelle reste élevée (Manne et al., 2006). Chez la population générale, les données indiquent d'ailleurs que l'évitement de la communication peut même parfois aider à maintenir l'harmonie conjugale (Caughlin & Golish, 2002). Il est possible en effet que l'évitement de la communication se produise parce que le ou les partenaires sont hautement sensibles, empathiques et bien intentionnés et qu'ils ressentent que la communication n'est pas souhaitable au moment actuel. Il est aussi probable que les partenaires évitent consciencieusement la communication parce qu'ils ont de faibles habiletés à communiquer de manière adéquate et aidante et conséquemment, qu'ils craignent que leurs interactions conjugales négatives soient néfastes à l'adaptation de leur partenaire (Caughlin & Afifi, 2004). L'évitement de la communication dans certaines circonstances peut donc ne pas nuire entièrement à la relation conjugale.

Ainsi, le lien entre l'évitement de la communication et le niveau de satisfaction conjugale peut être modulé par les raisons pour lesquelles les conjoints évitent de discuter ouvertement et par leurs perceptions des raisons qui conduisent leur partenaire à éviter la communication (Manne et al., 2006). De ce fait, les conjoints peuvent être moins insatisfaits de leur propre évitement de la communication quand ils ont l'impression qu'ils le font dans le but de protéger leur relation de couple. À l'opposé, ils



peuvent être davantage insatisfaits par l'évitement de la communication de leur partenaire quand ils perçoivent que cela nuit à l'intimité conjugale (Caughlin & Afifi, 2004). Ces résultats indiquent donc l'importance de ne pas simplement évaluer si les couples évitent de discuter ouvertement de la maladie, mais les raisons de cet évitement et la façon dont ils interprètent ce comportement chez leur conjoint.

Les éléments précédents montrent que les couples utilisent différents comportements de communication dans le but de s'adapter à l'expérience du cancer. La littérature récente suggère que l'utilisation de ces comportements de communication serait possiblement modulée selon certains facteurs individuels, relationnels et liés au cancer.

### **Les facteurs contextuels susceptibles d'influencer la communication des couples faisant face au cancer**

En sus des variables identifiées par Manne et Badr (2008) dans leur Modèle de l'Intimité et de l'Adaptation Psychosociale du Couple au Cancer (MIAPCC), les travaux effectués par d'autres auteurs ont mis en évidence certains facteurs qui peuvent influencer l'ouverture à la communication conjugale à propos du cancer (Northouse et al., 2007 et Song et al., 2010). Ces facteurs sont notamment la culture, le genre, le rôle social (partenaire ou personne atteinte de cancer), l'âge, la durée de la relation de couple et les caractéristiques de la maladie.

**Les différences culturelles.** La culture façonne le sens et la pratique de la communication conjugale. Par exemple, Kagawa-Singer et Wellisch (2003) ont mené une étude au sein de laquelle ils ont comparé des patientes atteintes de cancer du sein d'origines japonaise, chinoise et européenne. Ces recherches ont démontré que les femmes japonaises et chinoises ont accordé une attention prédominante à la communication non verbale plutôt qu'à la communication verbale. Elles ont rapporté préférer des styles communicatifs indirects au sein desquels la personne est assez sensible pour comprendre l'état émotionnel de l'autre sans paroles ou manifestations directes. À l'opposé, les femmes européennes ont identifié préférer la communication verbale ouverte plutôt que la communication non verbale. Ces résultats démontrent donc l'importance de tenir compte des différences culturelles lors de l'évaluation de la communication conjugale à propos du cancer. Toutefois, les études publiées jusqu'à présent portent presque exclusivement sur une population caucasienne (à l'exception des études de Kagawa-Singer et Wellisch et l'étude de Ashing-Giwa et al. (2004) et n'ont pas permis d'examiner avec précision le rôle de la culture dans les interactions conjugales à propos de la maladie.

**Les différences entre les genres et le rôle patient/partenaire.** Il est possible que les hommes et les femmes diffèrent dans leur tendance à communiquer ouvertement à propos du cancer. Cependant, les recherches concernant les distinctions entre les stratégies de communication liée au cancer et le fait d'être un homme ou une femme sont limitées, souvent expliquées de manière stéréotypée (les femmes aiment parler à

l'inverse des hommes qui n'aiment pas) et non concluantes (Goldsmith, Miller, & Caughlin, 2008). En effet, il s'avère difficile de distinguer les effets associés au genre (hommes/femmes) ou aux rôles sociaux (patients/conjoints) parce que la majorité des études ont été effectuées auprès d'une population atteinte de cancer du sein (les femmes sont les patientes et les hommes sont des partenaires) et du cancer de la prostate (les hommes sont les patients et les femmes sont partenaires) plutôt que des types de cancer touchant autant les hommes et les femmes, comme le cancer du poumon (Badr & Carmack, 2008). De ce fait, d'autres études qui impliquent les deux membres du couple et qui portent sur des types de cancer qui touchent les deux sexes sont nécessaires afin de distinguer les comportements de communication liés au genre et les comportements de communication jugés comme étant bénéfiques pour les deux conjoints (Manne & Badr, 2010b).

**L'âge et la durée de la relation conjugale.** L'utilisation de la communication conjugale ouverte semble varier en fonction de l'âge. En effet, les couples plus âgés et/ou retraités rapportent être davantage réticents à parler ouvertement du cancer avec leur conjoint que les couples plus jeunes (Hilton, 1994). D'autre part, des études indiquent que les jeunes couples rapportent généralement plus de détresse émotionnelle et de conflits conjugaux lorsque confrontés au cancer comparativement aux couples plus âgés (Henderson, Davison, Pennebaker, Gatchel, & Baum, 2002). Finalement, les études rapportent que plus la durée de la relation conjugale est élevée, moins les patients discutent ouvertement des préoccupations liées au cancer (Hilton, 1994; Porter et al.,

2005). Toutefois, il est possible que ces données soient liées à l'âge des répondants plutôt qu'à la durée de la relation conjugale. En effet, les conjoints qui sont impliqués dans une relation de couple de longue durée sont aussi susceptibles d'être plus âgés. Il est aussi possible que les différences d'âge des partenaires reflètent davantage des croyances divergentes quant aux bienfaits d'utiliser une communication conjugale ouverte à propos du cancer. Conséquemment, ce serait plutôt les croyances personnelles liées aux bienfaits de la communication conjugale ouverte que l'âge des partenaires qui feraient une différence.

**Les caractéristiques liées au cancer.** Les facteurs de stress liés au cancer peuvent varier selon les différentes étapes de la maladie, les types de cancer ainsi que les stades de la maladie et conséquemment, influencer la communication des couples. Cependant, il n'existe actuellement que très peu d'informations sur la façon dont les caractéristiques du cancer influencent la communication entre les conjoints (Song, 2009).

**Étapes de la maladie.** Au moment du diagnostic, les patients et leur partenaire doivent aborder de nombreuses informations liées à la maladie (annonce du diagnostic aux proches, choix des traitements, etc.) qui peuvent les inciter à communiquer plus ouvertement et fréquemment afin de s'adapter aux exigences du cancer (Manne, Sherman et al., 2004; Manne, Ostroff et al., 2004). Certaines études qualitatives ont identifié que les personnes atteintes de cancer et leur conjoint éprouvent des difficultés à discuter ouvertement des effets secondaires des traitements (principalement les

difficultés sexuelles) (Boehmer & Clark, 2001; Kornblith et al., 2006). Il y a toutefois peu de recherches sur la façon dont les symptômes liés au cancer affectent la communication des couples; p. ex ; les conflits qui peuvent survenir dans le choix des traitements anticancéreux et comment les couples tentent de résoudre les problèmes liés à la réorganisation de l'emploi du temps en fonction des traitements. Certaines études rapportent une diminution de la communication conjugale liée au cancer au fil du temps et ce, principalement à partir de la fin des traitements anticancéreux (Hilton, 1994; Porter et al., 2005). Toutefois, jusqu'à présent il n'existe que peu d'informations dans la littérature qui permettent de comprendre comment les comportements de communication évoluent au fur et à mesure de la trajectoire de la maladie et comment cela affecte l'adaptation des conjoints.

*Types de cancer.* La majeure partie de la littérature portant sur les patients atteints de cancer et leur partenaire a été effectuée auprès d'une population relativement homogène, soit les couples hétérosexuels mariés ou en union de fait dont l'un est atteint d'un cancer du sein ou de la prostate (Morgan, 2009). De ce fait, il n'existe que peu d'informations sur la communication des couples faisant face à d'autres types de cancer. Par exemple, les cancers liés à la consommation de tabac (gorge, poumons,) pourraient donner lieu à d'autres comportements de communication caractérisés par les difficultés du conjoint à apporter du soutien à son partenaire ayant fait usage du tabac parce qu'il juge ce dernier responsable de sa maladie (Badr & Carmack, 2006).

**Stades du cancer.** La majorité des études qui évaluent la communication conjugale à propos du cancer porte sur les couples faisant face à des cancers diagnostiqués à des stades précoces de la maladie plutôt qu'à des stades avancés. De ce fait, la manière dont les patients et leur partenaire discutent de la fin de vie, du testament, des tâches inachevées et de la mort n'a reçu presque aucune attention dans la littérature (Kissane et al., 2006). De plus, bien que les professionnels de la santé rapportent discuter fréquemment avec les couples de l'incertitude à propos de la progression de la maladie et/ou la crainte de la récurrence (Northouse et al., 2007), peu de recherches explorent comment ces thèmes affectent la communication des couples à propos du cancer (Song et al., 2010).

L'ensemble de ces informations démontre que des recherches plus exhaustives sont nécessaires afin de vérifier l'impact des facteurs contextuels sur la communication des couples faisant face au cancer.

### **Synthèse critique**

Ce présent relevé de littérature illustre clairement que la communication conjugale à propos du cancer joue un rôle déterminant dans la manière dont les couples s'adaptent à la maladie. Le premier objectif de cet essai visait à identifier les comportements de communication associés à la satisfaction conjugale et à l'adaptation dyadique au cancer. Cette revue de littérature a permis de mettre en évidence que les partenaires ont généralement tendance à adopter certaines stratégies de communication afin de gérer

leurs préoccupations liées au cancer et/ou celles de leur partenaire. Ces stratégies de communication peuvent favoriser l'adaptation dyadique au cancer; c'est-à-dire que leur utilisation par l'un des partenaires est associée à moins de détresse pour l'autre partenaire ou la relation de couple. À l'opposé, elles peuvent compromettre l'adaptation dyadique à l'expérience du cancer, c'est-à-dire que l'utilisation de ces stratégies de communication par l'un des partenaires est associée à plus de détresse pour l'autre partenaire et/ou diminuer la qualité de la relation conjugale.

La communication conjugale qui favorise l'adaptation au cancer comprend des degrés élevés et fréquents de révélation de soi entre les partenaires à propos de leurs sentiments et préoccupations liées à la maladie (Badr et al., 2008; Boehmer & Clark, 2001; Pistrang & Barker, 1995; Manne, Sherman et al., 2004; Manne, Ostroff et al., 2004; Manne et al., 2006). Cependant, afin d'être adaptative, cette révélation de soi d'un partenaire doit aussi être accompagnée par des niveaux élevés de réceptivité de son conjoint (Manne, Sherman et al., 2004; Manne, Ostroff et al., 2004; Manne & Badr, 2010b; Pistrang & Barker, 1995, Pistrang et al., 1997; Porter et al., 2005, 2009). Les études démontrent que les conjoints qui répondent à la révélation de soi de leur partenaire en utilisant des comportements de communication de révélation de soi, d'écoute active, d'empathie, de validation, de rétroaction constructive, ainsi que de faibles niveaux d'évitement de la communication favorisent la satisfaction conjugale des deux conjoints de même que leur adaptation à la maladie (Badr & Carmack, 2008; Giese-Davis et al., 2000; Manne & Badr, 2010a). Le présent relevé de littérature suggère

toutefois d'évaluer aussi l'adéquation entre le soutien désiré par les conjoints et la perception du soutien reçu dans l'adaptation conjugale au cancer puisque le fait de recevoir une forme de soutien non désiré est associé à une faible adaptation conjugale (Reynolds & Perrin, 2004). Finalement, les conjoints qui discutent ouvertement de l'impact du cancer sur leur relation de couple, qui mettent en place des stratégies qui visent à maintenir les composantes de la relation conjugale qui sont importantes pour les deux partenaires au cours de la maladie et qui utilisent des stratégies de résolution de problèmes positives afin de faire face aux problématiques liées au cancer (Badr & Carmack, 2008; Manne & Badr, 2008, 2010b, Manne et al., 2011) présentent un meilleur ajustement conjugal.

À l'opposé, les comportements de communication conjugale qui sont susceptibles de compromettre l'adaptation des deux conjoints au cancer comprennent des critiques envers son conjoint et des comportements de communication de type « demande-retrait » (Manne et al., 1997, 2005). L'emploi de ces stratégies de communication est associé à une plus grande détresse pour les deux partenaires et est grandement susceptible de compromettre l'adaptation dyadique au cancer. Toutefois, bien que l'évitement de la communication est associé à de la détresse chez les partenaires, il semble que les raisons pour lesquelles les conjoints évitent de communiquer et/ou la façon dont ils interprètent ce comportement chez leur conjoint influencent leur niveau de satisfaction conjugale (Caughlin & Golish, 2002). Les couples peuvent notamment éviter d'aborder ouvertement leurs pensées et sentiments à propos du cancer afin de se



protéger, protéger leur partenaire, maintenir l'espoir ainsi qu'un sentiment de normalité dans leur couple, éviter des conflits, etc. (Caughlin & Afifi, 2004). Les raisons qui motivent les conjoints à éviter de communiquer ouvertement à propos du cancer avec leur partenaire peuvent donc influencer le choix des comportements de communication à privilégier (retenue dans la révélation de soi, tampon-protecteur et/ou l'évitement mutuel de la communication) et de ce fait, moduler le niveau de satisfaction conjugale. Conséquemment, le présent relevé de littérature suggère de ne pas se limiter à évaluer l'évitement de la communication conjugale à propos du cancer, mais les raisons de cet évitement et la façon dont les partenaires interprètent ce comportement chez leur conjoint.

Par ailleurs, il semble que la communication à propos du cancer varie en fonction de la culture, du genre, du rôle du patient ou partenaire, de l'âge des conjoints, de leur durée de relation de couple, du type de cancer, du pronostic et des différentes étapes de la maladie. Toutefois, jusqu'à présent, l'impact de ces facteurs contextuels sur les stratégies de communication utilisées par les conjoints afin de discuter du cancer a été peu exploré au sein de la littérature (Song et al., 2010). De plus, il n'existe que peu d'informations dans la littérature qui permettent de comprendre comment les comportements de communication changent au fur et à mesure de la trajectoire de la maladie et comment cela affecte l'adaptation des conjoints.

Finalement, puisque différents cadres théoriques ont été utilisés afin d'examiner l'adaptation des couples faisant face au cancer (Tableau 1), cela a donné lieu à l'utilisation d'une multitude de concepts similaires dont plusieurs se chevauchent (Manne & Badr, 2010b). Par exemple, il est possible que les comportements de communication « tampon-protecteur (*protective-buffering*) » et la retenue dans la révélation de soi (*holding back*) ou la révélation de soi réciproque, la communication mutuelle constructive et l'engagement actif représentent des construits similaires ou se chevauchant.

En somme, le présent relevé de littérature fait ressortir l'idée que ce n'est pas seulement la fréquence ou le degré d'ouverture de la communication conjugale à propos du cancer qui influence l'adaptation conjugale au cancer. Il semblerait aussi que l'adéquation entre les besoins initiaux des conjoints et le soutien perçu de même que la façon dont les partenaires interprètent les comportements de communication employés par leur conjoint influencent l'adaptation dyadique au cancer.

### **Chapitre 3**

Analyse critique des principaux instruments destinés à l'évaluation de la communication conjugale et de l'adaptation dyadique au cancer

Le deuxième chapitre de cet essai visait à identifier les comportements de communication qui favorisent l'adaptation dyadique au cancer. Ce troisième chapitre a pour objectif de dresser un portrait des instruments existants qui visent à évaluer ces comportements de communication chez les couples dont l'un des conjoints est atteint d'un cancer. Dans un premier temps, un bref portrait général des principaux instruments d'évaluation utilisés sera effectué. Par la suite, les modalités d'évaluation employées afin d'évaluer la communication conjugale à propos du cancer seront présentées. Ensuite, les limites méthodologiques et conceptuelles des études qui évaluent la communication conjugale à propos du cancer seront exposées. De plus, un regard critique sur la manière dont les instruments de mesure en psycho-oncologie évaluent les différents comportements de communication qui influencent l'adaptation dyadique sera posé. Finalement, une synthèse résumera les principaux éléments identifiés dans ce chapitre.

### **Objectif 2 : Portrait critique des instruments d'évaluation de la communication conjugale à propos du cancer**

Au cours des dernières années, le rôle adaptatif de la communication conjugale à propos du cancer a suscité une attention accrue dans la littérature en psycho-oncologie. Un nombre croissant d'études ont fourni des renseignements importants sur les habitudes

de communication des couples faisant face au cancer (Boehmer & Clark, 2001; Kornblith et al., 2006; Manne, Ostroff et al., 2004; Manne et al., 2006; Pistrang & Barker, 1995, Pistrang et al., 1997). Toutefois, malgré l'importance de la communication dans l'adaptation des conjoints à l'expérience de la maladie, ce sujet a reçu peu d'attention empirique. En effet, il n'existe jusqu'à présent aucune méthode largement admise pour évaluer la communication des couples qui font l'expérience du cancer (Arden-Close et al., 2010). De ce fait, quelques instruments d'évaluation de la communication conjugale, développés initialement auprès des couples de la population générale, ont été utilisés dans les recherches en psycho-oncologie. Puis récemment, certains auteurs ont développé ou adapté certains outils existants afin d'évaluer la communication conjugale en tenant compte du contexte *spécifique* du cancer. Conséquemment, plusieurs outils distincts sont actuellement employés dans la littérature afin d'évaluer les comportements de communication qui favorisent l'adaptation conjugale au cancer (Tableau 2). L'utilisation de plusieurs outils différents entraîne donc une divergence dans les études et des difficultés à généraliser et à intégrer ces données au sein d'une théorie unificatrice de l'ajustement dyadique au cancer.

Tableau 2

*Principaux instruments utilisés pour évaluer la communication des couples faisant face au cancer et leur adaptation*

Article	Échantillon	Méthode	Modalités utilisées	Types de mesures	Répondants
Hilton (1994)	41 patientes atteintes d'un cancer du sein et leur conjoint	Descriptive Qualitative Quantitative Longitudinale (3 semaines, 3 mois, 8 mois et 12 mois après la chirurgie)	<p><u>Entrevues semi-structurées</u> pour déterminer le type de communication</p> <p>1) <i>Communicateurs ouverts</i>,  2) <i>Communicateurs moyens</i>,  3) <i>Non-communicateurs</i>,  4) <i>Communicateurs légèrement divergents</i>,  5) <i>Communicateurs grandement divergents</i></p> <p><u>Couple Communication Scale (CCS)</u> : (Olson, 1985). Évalue les sentiments et attitudes face à la communication conjugale et se concentre sur le niveau de confort ressenti par le partenaire durant l'échange et la réception d'information émotionnelle et cognitive</p>	Entrevues semi-structurées	Les patientes et leur conjoint évaluent leurs attitudes et sentiments face à leurs propres comportements de communication.
				Questionnaire auto-rapporté coté sur une échelle de type Likert.	

Tableau 2 (suite)

*Principaux instruments utilisés pour évaluer la communication des couples faisant face au cancer et leur adaptation*

Article	Échantillon	Méthode	Modalités utilisées	Types de mesures	Répondants
Pistrang & Barker (1995)	113 patientes atteintes d'un cancer du sein	Descriptive Transversale :	<u>Une intervieweur pose une série de questions adaptées aux variables évaluées</u> : la révélation de soi, la retenue dans la révélation de soi, la réceptivité du partenaire, l'empathie, critique et l'évitement du partenaire.	Entrevue semi-structurée	Les patientes évaluent leurs comportements de communication et ceux de leur partenaire.
Pistrang, Barker, & Rutter (1997)	3 patientes atteintes d'un cancer du sein et leurs conjoints	Descriptive Qualitative Analyse des interactions	<u>Mise en situation filmée</u> : La conjointe parle d'un problème lié à sa maladie et le partenaire est invité à être aidant  <u>Entrevue semi-structurée portant sur l'autoévaluation de la discussion</u> : 2 questions sont posées aux partenaires 1) « Est-ce la première fois que vous et votre partenaire discutez de ce sujet? » 2) « Est-ce que cet échange reflète la façon dont vous discutez habituellement? ».	Entrevue semi-structurée	Les patientes évaluent les comportements de communication de leur partenaire et leurs impacts.  Les conjoints évaluent leurs comportements de communication envers leur conjointe et leurs impacts.

Tableau 2 (suite)

*Principaux instruments utilisés pour évaluer la communication des couples faisant face au cancer et leur adaptation*

Article	Échantillon	Méthode	Modalités utilisées	Types de mesures	Répondants
Pistrang, Barker, & Rutter (1997) <i>(suite)</i>			<p>Les patientes évaluent ensuite à l'aide d'un questionnaire auto-rapporté à quel point cette discussion a été aidante et à quel point elles se sont senties comprises.</p> <p>Les participants réécoutent ensuite l'enregistrement de leur discussion. Les chercheurs arrêtent l'enregistrement après chaque tour de parole pour que les conjoints répondent individuellement et séparément à des questions concernant les impacts et les intentions des comportements de soutien du partenaire.</p>		
Hagedoorn et al. (2000)	68 patients et patientes atteints de cancer (sein, intestin, peau, larynx, os) et leurs partenaires	Descriptive Transversale Quantitative	<i>Ways of coping (WOC)</i> (Coyne & Smith, 1991). Questionnaire qui évalue les comportements de communication d'engagement actif, de tampon protecteur et de surprotection.	Questionnaire auto-rapporté coté sur une échelle de type Likert.	Les patients évaluent dans quelle mesure leur partenaire a adopté les comportements de soutien décrits.



Tableau 2 (suite)

*Principaux instruments utilisés pour évaluer la communication des couples faisant face au cancer et leur adaptation*

Article	Échantillon	Méthode	Modalités utilisées	Types de mesures	Répondants
Figueiredo et al. (2004)	66 femmes atteintes d'un cancer du sein	Descriptive Quantitative Transversale	<i>Unsupportive Social Interaction Inventory (USII)</i> (Ingram, 2001) Cet outil permet d'évaluer les réponses de soutien insatisfaisantes qu'une personne reçoit des autres lorsque confrontée à un événement de vie stressant. Il comprend 4 sous-échelles : 1) détachement émotionnel et comportemental, 2) comportements de soutien maladroits 3) minimisation 4) blâmes	Questionnaire auto-rapporté coté sur une échelle de type Likert.	Les patientes évaluent jusqu'à quel point elles ont reçu de ces réponses de la part de leur partenaire.
			<i>Social Support Questionnaire (SSQ)</i> (Sarason, 1987). Ce questionnaire permet d'évaluer dans un premier temps la disponibilité du soutien et par la suite, la satisfaction envers le soutien social perçu.	Questionnaire auto-rapporté coté sur une échelle de type Likert.	Les patientes évaluent à quel point elles sont satisfaites du soutien social disponible et perçu.

Tableau 2 (suite)

*Principaux instruments utilisés pour évaluer la communication des couples faisant face au cancer et leur adaptation*

Article	Échantillon	Méthode	Modalités utilisées	Types de mesures	Répondants
Manne, Sherman et al. (2004)	98 patientes atteintes d'un cancer du sein et leur conjoint	Descriptive Transversale	<p><u>2 discussions</u> : un premier échange à propos d'un thème général et l'autre à propos d'une préoccupation liée au cancer.</p> <p>Après chaque échange, les partenaires complètent les évaluations suivantes individuellement. (Laurenceau, 1998).</p> <p><u>Perception de la révélation de soi</u> : Les participants évaluent le degré auquel ils ont confié leurs pensées, informations et sentiments</p> <p><u>Perception de la révélation de soi de son partenaire</u> : Les participants évaluent le degré auquel leurs partenaires ont confié leurs pensées et sentiments.</p> <p><u>Perception de la réponse du partenaire</u> : Les participants évaluent le degré avec lequel ils se sont sentis acceptés et compris</p>	Questionnaire auto-rapporté coté sur une échelle de type Likert.	Les conjoints évaluent leur perception de leurs propres comportements de communication et ceux de leur partenaire.

Tableau 2 (suite)

*Principaux instruments utilisés pour évaluer la communication des couples faisant face au cancer et leur adaptation*

Article	Échantillon	Méthode	Modalités utilisées	Types de mesures	Répondants
Manne, Sherman et al. (2004) <i>(suite)</i>			<i>Perception de l'intimité conjugale</i> : Les participants évaluent jusqu'à quel point ils se sont sentis proches de leurs partenaires pendant la discussion.		
Manne, Ostroff et al. (2004)	148 patientes atteintes d'un cancer du sein et leurs conjoints	Descriptive Transversale	<i>2 discussions filmées</i> : Une première discussion à propos d'un sujet général et l'autre à propos d'une préoccupation liée au cancer. Discussions filmées codées à l'aide du <i>Rapid Marital Interaction Coding System</i> (RMICS) (Heyman & Vivian, 1997)  Les couples ont évalué le degré de ressemblance avec leurs discussions à la maison.	Observationnelle Questionnaire auto-rapporté coté sur une échelle de type Likert.	Des observateurs cotent les interactions entre les patients et leurs conjoints : interaction négative, neutre ou positive.  Les couples ont coté le degré de ressemblance avec leurs discussions à la maison.
Manne et al. (2005)	219 femmes atteintes d'un cancer du sein et leurs conjoints	Descriptive Longitudinale (0-9-18 mois)	Perceived Negative Spouse Behaviors Scale (PNSBS) (Manne et al., 1997). Cet outil permet d'évaluer les comportements de communication négatifs des conjoints : critique et évitement.	Questionnaire auto-rapporté coté sur une échelle de type Likert.	Les participants évaluent comment le partenaire a répondu (le partenaire répond aussi en s'évaluant lui-même).

Tableau 2 (suite)

*Principaux instruments utilisés pour évaluer la communication des couples faisant face au cancer et leur adaptation*

Article	Échantillon	Méthode	Modalités utilisées	Types de mesures	Répondants
Porter et al. 2005	47 patients atteints de cancer digestif et 45 partenaires	Descriptive Transversale	<u>Révélation de soi et retenue dans la révélation de soi : version modifiée d'une mesure développée par Pistrang et Barker (1995).</u> Les répondants devaient évaluer 1) leur niveau de révélation de soi et 2) à quel niveau ils ont inhibé leurs inquiétudes et leurs sentiments en fonction d'une liste de 10 préoccupations liées au cancer.	Questionnaire auto-rapporté sur une échelle de type Likert	Les deux partenaires évaluent dans quelle mesure ils ont adopté ces comportements de communication.
Kornblith et al. (2006)	189 patientes atteintes majoritairement d'un cancer du sein (56,1 %) et 135 conjoints	Descriptive Transversale	<u>Cancer-Related Communication Problems within Couples Scale (CRCPCS).</u> (Kornblith et al., 2006). Questionnaire développé et adapté au contexte spécifique du cancer. Cet outil évalue les difficultés de communication des	Questionnaire auto-rapporté sur une échelle de type Likert.	Les patientes et leur partenaire ont chacun un questionnaire évaluant leurs propres problèmes de communication liée au cancer.

Tableau 2 (suite)

*Principaux instruments utilisés pour évaluer la communication des couples faisant face au cancer et leur adaptation*

Article	Échantillon	Méthode	Modalités utilisées	Types de mesures	Répondants
Kornblith et al. (2006) (suite)			couples liés au cancer : Communication ouverte/soutien émotionnel, communication de type « tampon-protecteur », auto-protection et communication des préoccupations liées aux traitements.	Si l'élément est coté comme un problème de communication lié au cancer, les patients et les partenaires évaluent ensuite à quel point cela était pénible pour eux sur une échelle de type likert.	La version du partenaire est la même que celle des patientes (mais les questions sont formulées différemment pour le partenaire).
Manne et al. (2006)	147 patientes atteintes d'un cancer du sein  127 conjoints	Descriptive Transversale	<u>Communication Patterns Questionnaire (CPQ)</u> (Christensen, 1988). Adapté pour être plus spécifique au cancer. Utilisation de 3 sous-échelles tirées du CPQ :  <u>Communication mutuelle constructive</u> : comprenant 5 items évaluant l'expression conjointe des sentiments, discussion mutuelle de problématiques liées au cancer, etc.	Questionnaire auto-rapporté coté sur une échelle de type Likert.	Les patients et conjoints évaluent comment ils réagissent habituellement aux problèmes et difficultés associés au cancer.

Tableau 2 (suite)

*Principaux instruments utilisés pour évaluer la communication des couples faisant face au cancer et leur adaptation*

Article	Échantillon	Méthode	Modalités utilisées	Types de mesures	Répondants
Manne et al. (2006) (suite)			<p><u>L'évitement mutuel de la communication</u> : 3 items évaluant l'évitement de la discussion et le retrait après la discussion.</p> <p><u>Communication demande-retrait</u> : 6 items évaluant le retrait du partenaire lorsque l'un ou l'autre demande de discuter.</p>		
Manne et al. (2007)	235 femmes atteintes d'un cancer du sein et leurs conjoints	Descriptive Longitudinale (0-9-18 mois)	<u>Communication de type « Tampon-protecteur »</u> . (Manne et al., 1999) Adapté pour être plus spécifique au cancer (Coyne & Smith, 1991)	Questionnaire auto-rapporté coté sur une échelle de type Likert.	La patiente et son conjoint évaluent le degré avec lequel ils cachent leurs préoccupations et sentiments négatifs à propos du cancer à leur partenaire.
Badr et al. (2008)	169 patients (63 % d'hommes) atteints d'un cancer du poumon et 165 partenaires	Descriptive Quantitative Longitudinale (1-3-6 mois)	<u>Relationship Talk</u> : Cet outil mesure la communication des couples à propos de la qualité globale de leur relation : intimité sexuelle, attentes et besoins envers la relation de couple, plans pour le futur et résolution de problèmes.	Questionnaire auto-rapporté coté sur une échelle de type Likert.	Les deux conjoints évaluent à quelle fréquence ils ont discuté de ces thèmes.

### **Portrait général des principaux instruments d'évaluation utilisés**

Cette recension des principaux instruments utilisés pour évaluer la communication conjugale à propos du cancer (Tableau 2) illustre l'évolution des mesures d'évaluation employées dans la littérature. D'autre part, cette recension fait ressortir certaines caractéristiques des études qui évaluent la communication conjugale à propos du cancer.

**Évolution des mesures d'évaluation.** Bien qu'au cours des 25 dernières années plusieurs écrits ont souligné l'importance de la communication conjugale dans l'adaptation au cancer (Badr & Carmack, 2009; Boehmer & Clark, 2001; Dunkel-Schetter, 1984; Kornblith et al., 2006; Manne, Sherman et al., 2004; Manne et al., 2006; Manne & Badr, 2008; Northouse, 1988; Porter et al., 2005) ce n'est que récemment que la littérature en psycho-oncologie s'est attardée à évaluer cette variable. Les premières recherches apparaissent surtout à partir du milieu des années 90. Ces études (Hilton, 1994; Pistrang & Barker, 1995; Pistrang et al., 1997) ont principalement utilisé des méthodologies qualitatives afin de décrire l'expérience du cancer, analyser le récit des conjoints et caractériser les habitudes de communication des couples. Conséquemment, elles ont apporté d'importantes informations sur les comportements de communication des conjoints à propos du cancer. Puis, au début des années 2000, quelques auteurs (Figueiredo et al., 2004; Hagedoorn et al. 2000; Manne, Sherman et al. 2004) ont tenté de mesurer la communication des couples à propos du cancer en employant des instruments d'évaluation déjà utilisés auprès des couples de la population générale. Ce n'est que très récemment qu'il y a eu émergence d'instruments d'évaluation adaptés à la

population des couples faisant l'expérience du cancer (Manne et al., 2007, 2010). Le Cancer-Related Communication Problems within Couples Scale (CRCPCS) développé par Kornblith et al. (2006) est d'ailleurs le seul instrument d'évaluation de la communication conjugale recensé qui est spécifiquement conçu et adapté au contexte du cancer.

### **Les modalités utilisées afin d'évaluer la communication conjugale à propos du cancer**

Parmi les études qui évaluent la communication des couples à propos du cancer, diverses modalités (entrevues semi-structurées, questionnaires auto-rapportés et techniques d'observation) ont été utilisées, ayant chacune leurs avantages et leurs limites.

**Les entrevues semi-structurées.** Les entrevues semi-structurées sont des méthodes qualitatives auto-rapportées qui utilisent des questions ouvertes et fermées afin de susciter le récit des conjoints (Beach & Anderson, 2003). Ces mesures peuvent donc offrir à la personne évaluée la possibilité de nuancer ses réponses, de les justifier et de les commenter. Ainsi, les entrevues semi-structurées (Hilton, 1994; Pistrang et al., 1997; Manne, Sherman et al., 2004) (Tableau 2) employées dans la littérature en psycho-oncologie se sont avérées utiles afin de déterminer les différentes perceptions qu'entretiennent les conjoints quant à leur communication à propos de la maladie, de même que leurs besoins et attentes envers cette communication (Manne & Badr, 2010b). Néanmoins, ces mesures sont susceptibles d'être influencées par les motivations des observateurs. Ces derniers peuvent en effet avoir déterminé à l'avance ce qui est



significatif dans les données relevées et ne pas tenir compte du contenu jugé non pertinent ou ne correspondant pas aux hypothèses de départ (Arrington, 2005).

**Les questionnaires auto-rapportés.** Par ailleurs, les questionnaires auto-rapportés (par ex., : Communication Patterns Questionnaire (CPQ); Couple Communication Scale (CCS); Ways Of Coping (WOC), Unsupportive Social Interaction Inventory (USII); Social Support Questionnaire (SSQ); Perceived Negative Spouse Behavior Scale (PNSBS); Cancer-Related Communication Problems within Couples Scale (CRCPCS) ; Relationship Talk (RT), etc.) constituent presque la totalité des instruments utilisés dans le domaine de la communication conjugale à propos du cancer (Tableau 2). Cette modalité est privilégiée en raison de sa facilité d'administration et de cotation. Aussi, ces instruments sont économiques puisqu'ils ne nécessitent pas/peu de matériel, d'observateur ou de laboratoire (Beach & Anderson, 2003). Ces instruments d'évaluation sont particulièrement utiles dans la littérature en psycho-oncologie afin d'évaluer et quantifier les comportements de communication des conjoints. Ils ont aussi permis d'observer des corrélations entre différents comportements de communication et d'autres variables telles la satisfaction conjugale et la détresse psychologique. L'emploi de questionnaires auto-rapportés permet aussi l'évaluation des aspects non-observables liés à la communication conjugale tels que les pensées et sentiments qu'entretiennent les conjoints à l'égard de leurs interactions. Ces informations sont particulièrement utiles à des recherches empiriques ou cliniques. Néanmoins, les données obtenues grâce aux questionnaires auto-rapportés sont générées

à partir des expériences *subjectives* des participants et peuvent donc ne pas être le reflet de leurs échanges *réels* (Beach & Anderson). De plus, les répondants peuvent être enclins à donner une bonne image d'eux-mêmes et à fournir la « bonne » réponse estimée. Conséquemment, ces données peuvent être grandement biaisées par la présence du phénomène de désirabilité sociale (Manne, Sherman et al., 2004).

**Les méthodes observationnelles.** Très peu d'études (uniquement Manne, Ostroff et al. 2004 selon les informations recueillies dans ce présent relevé de littérature) ont utilisé des méthodes observationnelles afin d'évaluer la communication des couples à propos du cancer. L'utilisation de cette méthode dans les études en psycho-oncologie est pourtant particulièrement pertinente puisqu'elle permet d'observer dans le détail le contenu des interactions conjugales à propos du cancer, les comportements de communication non verbaux qui les accompagnent de même que le contexte dans lequel ces interactions prennent place (Manne & Badr, 2010b). Comparativement aux mesures auto-rapportées, cette méthode permet d'évaluer les *interactions conjugales réelles* qui jouent un rôle dans l'adaptation psychosociale des conjoints au cancer. Cependant, puisque ces interactions sont filmées et ont lieu dans un contexte de laboratoire, le niveau de validité du contenu de ces échanges comparativement aux interactions habituelles des couples dans leur quotidien peut être questionné. De plus, l'utilisation de cette méthode est complexe puisqu'elle requiert la formation d'évaluateurs, le recrutement de couples qui acceptent d'être observés de même qu'un système de cotation adapté au contexte *particulier* du cancer (Beach & Anderson, 2003). En outre,

les résultats obtenus peuvent ne pas correspondre aux perceptions qu'entretiennent les conjoints quant à leurs propres comportements de communication et ceux de leur partenaire. Étant donné les avantages et les limites associés à chacune de ces méthodes de recherche, il semble pertinent de combiner les modalités de recherche afin d'évaluer le phénomène complexe de la communication conjugale à propos du cancer.

Par ailleurs, il apparaît que l'ensemble des recherches qui vise à évaluer la communication des couples à propos du cancer présente des caractéristiques méthodologiques semblables; ce qui influence les informations relevées au sein de la littérature.

### **Caractéristiques et limites méthodologiques des études qui évaluent la communication conjugale à propos du cancer.**

En premier lieu, toutes les recherches qui évaluent la communication conjugale à propos du cancer et recensées dans cet essai sont descriptives et généralement effectuées auprès d'échantillons de taille restreinte (Tableau 2). Ces recherches s'attardent donc à décrire la communication des couples faisant face au cancer et à suggérer des corrélations avec d'autres variables telles que la satisfaction conjugale ou la détresse psychologique. Toutefois, en aucun cas ces études ne permettent d'établir un lien de causalité entre les différents comportements de communication et l'adaptation dyadique au cancer. De plus, bien que plusieurs modalités soient utilisées afin d'évaluer la communication des couples faisant face au cancer, on note la prédominance des mesures auto-rapportées.

D'autre part, la majorité des études (à l'exception de Hagedoorn et al., 2000; Porter et al., 2005; Badr et al., 2008) sont rétrospectives et portent sur une population homogène, soit les couples caucasiens hétérosexuels mariés ou en union de fait dont l'un d'eux est atteint d'un cancer du sein ou de la prostate de stade précoce (Morgan, 2009). De ce fait, la plupart des études évaluent la communication des couples dans les premières phases de la maladie, soit au moment du diagnostic et des traitements. Ainsi, l'échantillon des recherches actuelles n'est peut-être pas réellement représentatif de l'ensemble des couples qui font face au cancer. Conséquemment, cela limite la possibilité de généraliser les résultats obtenus à d'autres couples faisant face à différents types de cancer et/ou à des stades avancés de la maladie.

Dans le même sens, bien que l'expérience du cancer s'étende sur plusieurs mois et années, peu de recherches longitudinales (à l'exception de Badr et al., 2008; Hilton, 1994; Manne et al., 2005, 2007, 2011) examinent comment les comportements de communication des conjoints évoluent au fil du temps. De ce fait, il n'existe que très peu d'informations sur l'évolution des comportements de communication des couples au cours des différentes phases avancées de la maladie (Beach & Anderson, 2003). Des recherches longitudinales sur une longue période permettraient de mieux comprendre comment les comportements de communication changent au fur et à mesure de la trajectoire du cancer (par exemple : pendant la biopsie, durant l'attente des résultats, au moment du diagnostic, pendant les traitements actifs, à la fin des traitements de même

que lors de la reprise des activités quotidiennes, au moment de la récurrence et à la fin de la vie) et comment cela affecte l'adaptation dyadique au cancer.

Finalement, bien que les facteurs contextuels (la culture, le genre, le rôle du patient ou partenaire, l'âge des conjoints, la durée de la relation de couple, le type de cancer, le pronostic et les différentes étapes de la maladie) sont susceptibles d'influencer la communication conjugale des couples faisant face au cancer, peu d'études ont évalué directement ces variables (à l'exception notamment de Northouse et al., 2007 et Song et al., 2010). Lorsque les chercheurs ont pris ces variables en compte, ils les ont habituellement traitées comme des critères d'inclusion ou d'exclusion. De ce fait, il y a une quasi-absence dans la littérature en psycho-oncologie d'informations permettant d'expliquer comment la communication conjugale à propos du cancer peut être influencée par ces facteurs contextuels.

Cette recension des principaux instruments d'évaluation de la communication conjugale à propos du cancer (Tableau 2) fait donc ressortir que les recherches réalisées auprès de couples qui font face au cancer constituent un domaine récent, qui présente d'importantes limites méthodologiques. D'autre part, la littérature en psycho-oncologie présente aussi d'importantes limites conceptuelles dans l'évaluation de la communication conjugale à propos du cancer.

### **Limites conceptuelles des études qui évaluent la communication conjugale à propos du cancer**

La première limite sur le plan conceptuel concerne les questionnaires utilisés dans la littérature pour évaluer la communication conjugale à propos du cancer. En effet, la plupart des auteurs ont utilisé ou adapté des questionnaires existants déjà dans la littérature et destinés à des couples de la population générale, et ce, afin de mesurer la communication des couples à propos du cancer. Or, la recension des écrits portant sur les comportements de communication conjugaux à propos du cancer, identifiés dans la première partie de cet essai, suggère que la communication conjugale de la population générale n'est peut-être pas équivalente à la communication des couples faisant face au cancer. En effet, les facteurs de stress induits par le cancer peuvent amener les couples à communiquer différemment à propos de la maladie tout en maintenant leurs comportements de communication habituels en ce qui concerne des sujets de communication plus généraux. Conséquemment, les questionnaires existants permettant d'évaluer la communication des couples en général peuvent ne pas être totalement représentatifs des interactions conjugales en regard du contexte *spécifique* du cancer. De ce fait, les mesures préalablement destinées aux couples de la population générale (CPQ, CCS, WOC, SSQ) (Tableau 2) souffrent d'un certain nombre de limites théoriques et méthodologiques lorsqu'elles sont appliquées aux conjoints faisant face au cancer (Manne & Badr, 2010b). Ainsi, il est impératif de développer un outil d'évaluation spécifique aux couples faisant face au cancer. Le questionnaire développé par Kornblith et ses collaborateurs (2006) représente un bon avancement dans ce domaine.

Par ailleurs, les divers cadres théoriques (p., ex., théories des ressources vs théories dyadiques) desquels sont issus les travaux portant sur l'adaptation des couples en oncologie psychosociale (tableau 1) ont donné lieu à l'utilisation d'une multitude d'instruments mesurant la communication des couples à propos du cancer. Conséquemment, il existe plusieurs instruments de mesure différents qui visent à évaluer les comportements de communication favorisant l'adaptation conjugale à la maladie. Ces instruments issus de théories distinctes évaluent néanmoins des comportements similaires. Par exemple, le questionnaire auto-rapporté de la révélation de soi et de réceptivité du conjoint de Porter et al. (2005), la sous-échelle de communication mutuelle constructive du CPQ de Manne, Sherman et al. (2004) et la sous-échelle de l'engagement actif, du WOC utilisée par Hagedoorn et al. (2000) évaluent toutes trois les comportements de communication ouverts à propos des préoccupations et sentiments liés au cancer ainsi que les stratégies de résolution de problèmes. Seule la sous-échelle de communication mutuelle constructive du CPQ évalue aussi l'écoute et la compréhension des besoins de l'autre. Ainsi, il serait des plus pertinents d'une part de mieux définir ce qui est considéré comme une communication ouverte (révélation de soi, engagement actif, communication mutuelle constructive, révélation de soi réciproque) et s'entendre ensuite sur une seule définition et ce, afin d'éviter un chevauchement des instruments existants et permettre une meilleure intégration des résultats. En outre, l'utilisation de plusieurs outils différents entraîne une divergence dans les résultats et une incapacité à généraliser et à intégrer ces données au sein d'une théorie unificatrice de la communication conjugale et de l'ajustement dyadique dans le contexte du cancer.

Finalement, bien que les études menées selon une perspective dyadique démontrent que ce sont les interactions mutuelles entre les conjoints qui favorisent leur adaptation à l'expérience du cancer, peu d'études (à l'exception de Manne, Sherman et al., 2004; Porter et al., 2005 et Kornblith et al., 2006) ont examiné simultanément les perceptions des deux conjoints quant à leurs comportements de communication et ceux de leur partenaire. Les recherches présentent d'importantes limites de validité et de fiabilité lorsqu'elles ne comportent qu'un seul partenaire, souvent le patient atteint de cancer, et lorsque ce dernier est amené à évaluer la communication des deux conjoints par rapport à l'adaptation dyadique au cancer (Boehmer & Clark, 2001; Northouse et al., 2007). La perception d'un partenaire peut être très différente de celle de l'autre. Afin de mieux comprendre les interactions des couples faisant face au cancer, il est nécessaire d'évaluer la perception de chacun des conjoints quant à leurs propres comportements de communication et ceux de leur partenaire.

L'ensemble de ces limites méthodologiques et conceptuelles influence donc l'orientation donnée aux différentes recherches qui évaluent les comportements de communication liés à l'adaptation dyadique au cancer et restreint ainsi les connaissances actuelles.



### **L'évaluation des comportements de communication qui influencent l'adaptation dyadique au cancer dans les instruments utilisés**

La première partie de cet essai a permis d'identifier que la révélation de soi réciproque, des niveaux élevés de réceptivité du conjoint, l'adéquation entre les besoins de soutien et le soutien perçu, l'engagement des partenaires au sein de leur relation de couple et de faibles comportements de communication critique et d'évitement favorisent l'adaptation des couples à l'expérience du cancer. La présente section de cet essai pose un regard critique sur la manière dont les instruments de mesure employés dans la littérature en psycho-oncologie évaluent ces différents comportements de communication.

De prime abord, il semble important de mentionner que parmi les instruments existants, aucun n'évalue à lui seul l'ensemble de ces dimensions centrales préalablement identifiées. En effet, les mesures d'évaluation actuelles (Tableau 2) sont plutôt développées ou adaptées afin d'examiner à la pièce une ou quelques composantes de la communication conjugale (par exemple : la révélation de soi, retenue de la révélation de soi, demande-évitement, etc.) au détriment de mesures évaluant plus globalement l'ensemble des comportements de communication utilisés par les conjoints afin de discuter du cancer. De ce fait, la présente critique est organisée selon chaque comportement de communication évalué distinctement.

**L'évaluation de la révélation de soi.** La révélation de soi, notamment de la personne atteinte de cancer à son partenaire, est l'aspect de la communication conjugale

qui est le plus représenté dans les instruments existants. En effet, presque la majorité des instruments de mesure recensés dans cet essai évaluent cette dimension (Tableau 2). Bien que la première section de cet essai a permis d'identifier l'importance de la révélation de soi *réciroque* entre les conjoints dans l'adaptation dyadique au cancer, la plupart des études examinait davantage les comportements de communication utilisés par un seul des conjoints sur l'impact de la relation conjugale. Cependant, depuis que la récente littérature a démontré l'importance d'utiliser une perspective dyadique afin d'évaluer la communication conjugale à propos du cancer, quelques études évaluent désormais la révélation de soi réciroque en questionnant à la fois la personne atteinte de cancer et son partenaire en ce qui a trait à cet aspect de leur communication (Manne & Badr, 2008, 2010b; Manne et al., 2011). Les deux sous-échelles (perception de la révélation de soi et perception de la révélation de soi de son partenaire) développées initialement par Laurenceau (1998) mais adaptées et validées par Manne, Ostroff et al. (2004) auprès de couples faisant face au cancer, représentent d'ailleurs les instruments de mesure les plus fréquemment utilisés dans les études en psycho-oncologie afin d'évaluer la révélation de soi réciroque. Ces mesures auto-rapportées sont efficaces afin d'évaluer *la perception* des partenaires quant au degré avec lequel ils se sont confiés mutuellement leurs pensées et sentiments.

**L'évaluation de la réceptivité du partenaire.** Par ailleurs, la façon dont répond le conjoint à la révélation de soi de son partenaire est également un aspect de la communication qui est fréquemment évalué dans les études en psycho-oncologie (par

exemple : échelle de perception de la réponse du partenaire adapté par Manne, Ostroff et al. (2004), entrevue semi-structurée de Pistrang & Barker (1995); Social Support Questionnaire (SSQ) adapté par Figueiredo et al. (2004). Toutefois, de manière générale, la réceptivité du partenaire est mesurée en questionnant uniquement la perception de la personne atteinte de cancer. La récente littérature tend néanmoins à pallier cette importante lacune en mesurant la perception des deux conjoints quant à la réceptivité de leur partenaire (Manne et al., 2011; Hagedoorn, Puterman et al., 2011). Cet aspect de la communication est habituellement mesuré en interrogeant les conjoints qui font preuve de révélation de soi à l'aide de questionnaires auto-rapportés. Les conjoints doivent alors évaluer à quel point ils se sont sentis acceptés, compris et aidés par leur partenaire. Toutefois, aucune des mesures qui évaluent la réceptivité du partenaire ne recense préalablement les attentes des conjoints quant aux types de soutien désiré. Étant donné les besoins uniques et distincts des conjoints en ce qui concerne les comportements de soutien désiré de la part de leur partenaire, ces attentes devraient préalablement être recensées avant d'évaluer la satisfaction générale envers le soutien reçu.

**L'évaluation des comportements d'engagement.** D'autre part, les comportements d'engagement au sein de la relation conjugale ne sont que très rarement évalués dans les instruments portant sur la communication conjugale à propos du cancer (à l'exception du Relationship Talk (RT) de Badr et Carmack (2008)). Le RT mesure la communication des couples à propos de la qualité globale de leur relation en questionnant les conjoints sur leur intimité sexuelle, attentes et besoins envers la relation de couple, plans pour le

futur et la résolution de problèmes. Bien que pertinent, cet instrument n'évalue toutefois que la fréquence avec laquelle les conjoints ont discuté de ces thèmes plutôt que la qualité ou la nature de ces interactions. Conséquemment, il serait intéressant de développer un instrument de mesure qui adresse ces thèmes de manière plus approfondie. De plus, puisque le RT a été développé auprès de la population générale et que sa validité n'a pas été démontrée auprès de couples faisant face au cancer, il serait pertinent de développer un outil détaillé évaluant les différents comportements d'engagement dans la relation conjugale dans le contexte spécifique du cancer.

**L'évaluation des critiques.** Par ailleurs, les critiques sont généralement mesurées à l'aide des questionnaires auto-rapportés Perceived Negative Spouse Behaviors (PNSB) de Manne et al. (1997) et le Unsupportive Social Interaction Inventory (USII) de Figueredo et al., (2004) (Tableau 2). Afin d'évaluer ces comportements de communication conjugale dans le contexte du cancer, les chercheurs demandent généralement au conjoint atteint de cancer d'évaluer les critiques émises par leur partenaire et au partenaire de répondre aussi en s'évaluant lui-même. L'évaluation de la perception du conjoint qui a répondu à la révélation de soi de son partenaire de manière critique est particulièrement intéressante afin de comprendre si ce dernier est conscient de la détresse qu'il peut générer chez son partenaire. Néanmoins, évaluer uniquement les critiques d'un seul des partenaires ne permet pas de connaître la nature réelle des interactions entre les conjoints qui ont mené à ces comportements ni même les raisons qui ont conduit le conjoint à répondre de cette façon à son partenaire. D'autre part, il est

possible que le conjoint atteint du cancer interprète comme étant critique la réaction de son partenaire en raison de ses traits de personnalité (hypersensibilité), de sa faible satisfaction envers la relation conjugale avant la maladie et de la présence d'attributions négatives, ce qui risque de biaiser les résultats. Conséquemment, afin d'évaluer pleinement cette dimension de la communication conjugale, une entrevue semi-structurée ou une méthode observationnelle pourrait accompagner ce questionnaire afin de pallier les limites actuelles reliées à l'emploi unique de ce type de questionnaire auto-rapporté.

**L'évaluation de l'évitement de la communication à propos du cancer.** Les différents instruments qui évaluent l'évitement de la communication (évitement mutuel, patron de demande-retrait, tampon-protecteur) (Ways of Coping (WOC), Perceived Negative Spouse Behavior Scale (PNSBS), Communication Patterns Questionnaire (CPQ) et Cancer-Related Communication Problems within Couples Scale (CRCPCS)) mesurent uniquement la fréquence à laquelle un partenaire ou les deux partenaires ont adopté ces comportements d'évitement lorsqu'ils ont discuté du cancer. La première partie de cet essai a fait ressortir que la façon dont les partenaires interprètent les comportements de communication employés par leur conjoint peut influencer l'adaptation dyadique au cancer. Néanmoins, aucune mesure n'évalue préalablement les perceptions des conjoints quant aux bénéfices et à l'importance qu'ils perçoivent à discuter ouvertement à propos de la maladie. De plus, ces instruments n'évaluent pas les

raisons qui motivent les couples à éviter la communication conjugale ouverte à propos du cancer et la façon dont ils interprètent ce comportement chez leur partenaire.

En dernier lieu, le Cancer-Related Communication Problems within Couples Scale (CRCPCS) de Kornblith et al. (2006) est le seul instrument d'évaluation de la communication conjugale recensé qui est spécifiquement conçu et adapté au contexte du cancer. Cet instrument de mesure est très pertinent puisqu'il évalue plusieurs comportements de communication, soit la communication ouverte, la communication de type « tampon-protecteur », l'auto-protection et la communication des préoccupations liées aux traitements et ce, afin de mieux évaluer les difficultés de communication rencontrées par les couples faisant face au cancer. En plus d'être le seul instrument de mesure conçu pour tenir compte du contexte spécifique du cancer, il permet de recenser les perceptions *des deux conjoints* quant aux comportements de communication employés afin de discuter de la maladie. Malheureusement, aucune autre étude en psycho-oncologie ne l'a, à notre connaissance, employé afin d'évaluer la communication des couples à propos du cancer.

### **Synthèse critique**

Le deuxième objectif de cet essai visait à recenser et à effectuer une analyse critique des principaux instruments destinés à l'évaluation de la communication et de l'adaptation dyadique au cancer. Cette recension (Tableau 2) fait ressortir qu'il y a eu, d'une part, évolution dans le développement et/ou l'adaptation des instruments de

mesure afin de correspondre au contexte *spécifique* du cancer. De plus, une compréhension dyadique des interactions conjugales à propos du cancer semble vouloir être privilégiée. En effet, au cours des dernières années, la perspective dyadique a conduit les chercheurs à développer ou adapter des mesures existantes afin d'évaluer la perception de chacun des conjoints en ce qui a trait à leur communication conjugale à propos du cancer, mais aussi en ce qui concerne l'impact du cancer sur leur relation de couple.

Malgré cette évolution, bon nombre de ces instruments de mesure présentent d'importantes limites. En premier lieu, la majorité des informations concernant la façon dont les couples communiquent à propos du cancer proviennent de mesures auto-rapportées. Ces mesures sont intéressantes afin de recenser les perceptions des conjoints quant à leurs propres comportements de communication et ceux de leurs partenaires. Toutefois, employées seules, ces mesures auto-rapportées sont susceptibles d'être grandement influencées par la perception des conjoints évalués ; ce qui peut biaiser les résultats obtenus et ne pas être totalement représentatif des interactions réelles entre les conjoints. D'autre part, la majorité des études qui évaluent les comportements de communication des couples à propos du cancer sont transversales, s'effectuent auprès d'échantillon de petite taille dont l'un des conjoints est atteint d'un cancer du sein précoce, et les facteurs contextuels pouvant influencer la communication des couples sont généralement traités comme des critères d'inclusion ou d'exclusion. Conséquemment, cela limite les connaissances actuelles et empêche la généralisation des

résultats obtenus. En outre, puisque les mesures utilisées proviennent majoritairement des recherches effectuées auprès de couples de la population générale, ces mesures ne sont peut-être pas entièrement représentatives des interactions conjugales dans le contexte spécifique du cancer. De plus, étant donné l'absence de consensus quant aux instruments à utiliser afin d'évaluer la communication des couples qui font l'expérience du cancer, il y a utilisation de plusieurs outils différents dont plusieurs se chevauchent; cela entraîne des divergences dans les résultats obtenus. Conséquemment, cela illustre les difficultés actuelles à intégrer l'ensemble des données au sein d'une théorie unificatrice de l'ajustement dyadique dans le contexte du cancer. Ces limites méthodologiques et conceptuelles sont donc susceptibles d'influencer l'évaluation des comportements de communication conjugale des couples qui font face au cancer.

Cette recension critique a aussi fait ressortir certaines limites quant aux modalités utilisées afin d'évaluer la communication conjugale à propos du cancer et l'adaptation dyadique à la maladie. De prime abord, bien que la première partie de cet essai a fait ressortir l'importance de la réciprocité entre les conjoints dans leur révélation de soi, ce n'est que récemment que les recherches en psycho-oncologie ont évalué cette dimension de la communication en mesurant la perception des deux conjoints. D'autre part, malgré l'importance de l'adéquation entre les besoins de soutien initiaux des conjoints et le soutien perçu dans l'adaptation dyadique au cancer, les mesures actuelles ne recensent pas les attentes des conjoints quant aux types de soutien désiré. Par ailleurs, aucune mesure n'évalue comment les couples adoptent des comportements d'engagement dans



la relation de couple. Le seul instrument existant n'évalue que la fréquence de ces discussions et n'est pas validé auprès d'une population faisant face au cancer. En outre, les questionnaires qui évaluent les critiques ont tendance à évaluer ce comportement auprès d'un seul des conjoints, ce qui ne permet pas de connaître les raisons qui ont mené le conjoint à répondre de cette façon à son partenaire. Finalement, les questionnaires qui mesurent l'évitement de la communication conjugale à propos du cancer ne recensent pas les perceptions des conjoints quant aux bénéfices qu'ils perçoivent à discuter ouvertement à propos de la maladie. De plus, ces mesures n'évaluent pas les raisons qui motivent les couples à éviter la communication conjugale ouverte à propos du cancer et la façon dont ils interprètent ce comportement chez leurs partenaires, alors que la littérature suggère clairement de prendre en compte cette composante. Conséquemment, l'ensemble de ces informations illustre que des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de pallier à ces importantes limites.

## **Conclusion**

Le cancer génère chez la personne atteinte, tout comme chez son conjoint, de nombreux impacts qui sont susceptibles d'affecter la qualité de leur relation conjugale de même que leur adaptation à l'expérience de la maladie. Cet essai a été l'occasion de faire le point sur l'ensemble des recherches portant sur l'ajustement du couple au cancer. Cette recension a notamment démontré que la communication conjugale ouverte peut-être un important prédicteur d'ajustement conjugal à l'expérience du cancer. La première partie de cet essai a permis d'identifier les comportements de communication qui favorisent et compromettent l'adaptation dyadique au cancer. Pour ce faire, le Modèle de l'Intimité et de l'Adaptation Psychosociale du Couple au Cancer (MIAPCC) de Manne & Badr (2008) a été décrit, lequel met bien en lumière le processus complexe d'interactions mutuelles entre les conjoints dans la communication à propos du cancer. Ce modèle illustre l'importance d'adopter un niveau d'analyse dyadique afin d'évaluer le rôle de l'intimité et de la communication conjugale dans l'adaptation conjugale à la maladie.

La seconde partie de cet essai avait pour objectif de dresser un portrait des instruments existants qui évaluent ces comportements de communication chez les couples dont l'un des conjoints est atteint d'un cancer. Cette recension des principaux instruments utilisés a permis de dégager l'évolution observée au cours des dernières années dans l'évaluation des comportements de soutien et des comportements de communication qui améliorent ou compromettent la relation de couple et l'adaptation des conjoints au cancer. D'une part, une compréhension dyadique des interactions

conjugales à propos du cancer semble avoir sensibilisé les chercheurs à évaluer la perception des deux conjoints quant à leur communication à propos du cancer. D'autre part, il y a un souci de la part de certains chercheurs à développer et/ou adapter des instruments de mesure qui correspondent au contexte spécifique du cancer. Conséquemment, cela représente de bonnes pistes d'avancement dans les recherches sur la communication conjugale dans le contexte du cancer. Cependant, cette recension critique des instruments d'évaluation a aussi mis en évidence certaines limites quant aux méthodes utilisées qui sont majoritairement auto-rapportées, transversales et effectuées auprès de conjoints atteints d'un cancer du sein de stade précoce. De plus, il y a chevauchement de plusieurs instruments de mesure qui évaluent des concepts similaires de la communication conjugale, mais qui ne sont généralement pas développés afin de correspondre au contexte spécifique du cancer. Finalement, cette recension critique a fait ressortir que les instruments existants ont tendance à évaluer les impacts de chacun des comportements de communication distinctement et de façon isolée. De plus, ces instruments ne tiennent pas compte des attentes des conjoints quant aux types de soutien désiré et n'évaluent pas les raisons qui motivent les couples à éviter la communication conjugale et la façon dont ils interprètent ce comportement chez leur partenaire. De ce fait, les informations relevées dans cette deuxième partie de cet essai peuvent servir à élaborer des mesures plus précises afin de mieux évaluer les comportements de communication des conjoints dans le contexte spécifique du cancer.

À la lumière des informations relevées dans cet essai, il semble ressortir des éléments incontournables à l'élaboration d'une théorie unificatrice de la communication conjugale à propos du cancer. De prime abord, il apparaît que certains facteurs sont prédicteurs de l'adaptation dyadique au cancer. Les comportements de communication qui sont associés à une meilleure adaptation sont la révélation de soi réciproque, la réceptivité du partenaire et l'engagement des conjoints dans la relation de couple. Ces comportements de communication sont susceptibles de diminuer la détresse psychologique et de favoriser l'adaptation conjugale au cancer. À l'opposé, les comportements de communication qui risquent de compromettre la communication conjugale à propos du cancer sont l'emploi de critiques, les comportements de demande-évitement et l'évitement mutuel de la communication. L'utilisation de ces comportements de communication est susceptible d'augmenter la détresse psychologique des partenaires et entraver leur adaptation dyadique au cancer.

En fonction des informations critiques relevées au sein de ce relevé de littérature, il convient néanmoins de nuancer ces observations car certains facteurs semblent moduler le lien entre l'utilisation des comportements de communication qui améliorent ou compromettent la relation de couple et l'adaptation dyadique au cancer. En effet, les facteurs modérateurs à prendre en considération sont d'une part, l'adéquation entre le soutien désiré et le soutien perçu et, d'autre part, les perceptions qu'entretiennent les conjoints quant à leurs propres comportements de communication et ceux de leur partenaire. En d'autres mots, il faut non seulement évaluer la présence/fréquence de

certaines comportements de communication, mais les raisons de leur emploi et la façon dont l'autre partenaire interprète ces derniers. Il semble en effet que les raisons qui motivent les conjoints à adopter un comportement de communication spécifique et la façon dont ce comportement est interprété influencent la satisfaction conjugale, le niveau de détresse psychologique et l'adaptation conjugale au cancer. Enfin, des facteurs exogènes peuvent influencer l'ouverture à la communication conjugale à propos du cancer. Ces facteurs sont notamment la culture, le genre, le rôle du patient ou partenaire, l'âge des conjoints, la durée de leur relation de couple, le type de cancer, le pronostic et des différentes étapes de la maladie. Afin de bien évaluer l'ensemble de ces dimensions de la communication conjugale à propos du cancer et l'adaptation des couples, il semble primordial de privilégier un cadre théorique dyadique afin de bien prendre en considération l'aspect mutuel de la communication conjugale.

Ainsi, les informations relevées dans cet essai pourront éclairer les interventions visant à aider les couples à s'adapter tout au long de l'expérience du cancer et servir éventuellement de base pour l'élaboration de matériel éducatif sur la communication conjugale à propos du cancer. Cette recension critique de la littérature a d'autre part illustré que des travaux étaient encore nécessaires afin de mieux comprendre les processus impliqués dans l'ajustement individuel et dyadique des personnes atteintes de cancer et de leur partenaire à la maladie.

### **Recommandations pour des recherches futures**

Plusieurs questions demeurent concernant la façon dont les couples communiquent à propos du cancer. Par exemple, est-ce que la communication conjugale à propos du cancer diffère en fonction des sujets abordés (p. ex : traitements et effets secondaires versus impacts émotionnels de la maladie)? Comment la communication des couples évolue-t-elle au fur et à mesure que les conjoints progressent dans l'expérience du cancer? De quelle façon les couples discutent-ils des enjeux liés à la fin de vie? Les processus de communication conjugale à propos de la maladie sont-ils semblables selon les différents types de cancer? Est-ce que les facteurs culturels, le rôle du patient ou partenaire, le genre, l'âge des conjoints, la durée de leur relation de couple influencent leurs comportements conjugaux à propos du cancer?

Dans le but de répondre efficacement à ces questions, il s'avère primordial que les recherches futures adoptent une perspective dyadique afin d'évaluer la nature interactive de la communication conjugale à propos du cancer. De plus, les prochaines études devraient s'efforcer d'utiliser une approche longitudinale afin de mieux comprendre les impacts à long terme des différents comportements de communication sur l'adaptation individuelle et dyadique au cancer. Par ailleurs, la majorité des études qui évaluent la communication conjugale à propos du cancer porte sur les couples caucasiens faisant face à des cancers liés au genre (sein ou prostate) et diagnostiqués à des stades précoces de la maladie. De ce fait, d'autres études qui portent sur différents types de cancer qui touchent les deux sexes et à des stades avancés de la maladie sont

nécessaires afin d'identifier les comportements de communication jugés comme étant bénéfiques pour les deux conjoints. Par ailleurs, il semble important de considérer les différences culturelles lors de l'évaluation de la communication conjugale à propos du cancer.

D'autre part, bien que les couples adoptent simultanément un certain nombre de comportements de communication pour faire face au cancer, les études actuelles ont généralement tendance à évaluer les impacts de chacun de ces comportements distinctement. Comparativement à des mesures spécifiques, l'utilisation d'une stratégie d'évaluation globale évaluant l'impact de l'ensemble des comportements de communication utilisés par les conjoints pourrait davantage guider les chercheurs et leur révéler des renseignements importants sur la nature des interactions conjugales à propos du cancer. Ainsi, cette stratégie d'évaluation pourrait évaluer la fréquence des discussions, l'adéquation entre les besoins initiaux des conjoints et le soutien perçu, les besoins non satisfaits, la façon dont les partenaires interprètent les comportements de communication employés par leur conjoint, les perceptions qu'entretiennent les conjoints quant aux bénéfices à adopter une communication conjugale ouverte à propos du cancer et la satisfaction des couples envers leur communication.

Finalement, les recherches futures devraient évaluer la communication conjugale à propos de divers sujets associés à la maladie (p. ex : choix des traitements, impacts des effets secondaires, émotions liées à la maladie, crainte de la récurrence, fin de la vie, etc.).



Ainsi les conjoints pourraient répondre en fonction de la fréquence à laquelle ils parlent de ces sujets, leurs besoins initiaux quant à ces discussions, la perception qu'entretiennent les conjoints lorsqu'ils se sentent contraints d'aborder ouvertement certains sujets et la satisfaction des conjoints envers chaque thématique abordée. Pour ce faire, différentes méthodes (entrevues semi-structurées, questionnaires auto-rapportés, méthode observationnelle) pourraient être utilisées afin de bien saisir les interactions mutuelles des conjoints à propos de la maladie. Néanmoins, pour réellement obtenir une convergence efficace entre ces trois méthodes différentes, il est important d'utiliser trois méthodes abordant les mêmes aspects de la communication conjugale à propos du cancer.

En conclusion, il est souhaité que cet essai ouvre la voie à d'autres recherches complémentaires afin de bonifier les informations et ressources dont disposent les cliniciens qui interviennent auprès de couples faisant face au cancer.

## Références

- Alfano, C. M., & Rowland, J. H., (2006). Recovery issues in cancer survivorship: a new challenge for supportive care. *Cancer Journal*, 12, 432-443.
- Allen, S., Shah, A., Nezu, A., Nezu, C., Ciambrone, D., et al (2002). A problem solving approach to stress reduction among younger women with breast carcinoma. *Cancer* 94,3089-3100.
- Arden-Close, E., Moss-Morris, R., Dennison, L., Bayne, L., & Gidron, Y. (2010). The Couples' Illness Communication Scale (CICS): Development and evaluation of a brief measure assessing illness-related couple communication. *British Journal of Health Psychology*, 3, 543-559
- Arrington, M. I. (2005). "She's right behind me all the way": A narrative analysis of prostate cancer and changes in marital relationships. *Journal of Family Communication*, 5, 141-162.
- Ashing-Giwa, K. T., Padilla, G., Tejero, J., Kraemer, J., Wright, K., Coscarelli, A., et al., (2004). Understanding the breast cancer experience of women: a qualitative study of African American, Asian American, Latina, and Caucasian cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 408-428.
- Badr, H., & Acitelli, L. K. (2005). Dyadic adjustment in chronic illness: does relationship talk matter? *Journal of Family Psychology*, 19(3), 465-469.
- Badr, H., Acitelli, L. K., & Carmack, C. L. (2008). Does talking about their relationship affect couples marital and psychological adjustment to lung cancer? *Journal of Cancer Survivorship*, 2, 53-64.
- Badr, H., & Carmack, C. L. (2006). Social constraints and spousal communication in lung cancer. *Health Psychology*, 15, 673-683.
- Badr, H., & Carmack, C. L. (2008). Effects of relationship maintenance on psychological distress and dyadic adjustment among cancer couples coping with lung cancer. *Health Psychology*, 27(5), 616-627.
- Badr, H., & Carmack C. L., (2009). Sexual dysfunction and spousal communication in couples coping with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 735-746.

- Badr, H., Carmack, C. L., Kashy, D. A., Cristofanilli, M., & Revenson, T. A. (2010). Dyadic coping in metastatic breast cancer. *Health Psychology, 29*, 169-180.
- Balderson, N., & Towell, T., (2003). The prevalence and predictors of psychological distress in men with prostate cancer who are seeking support. *British Journal of Health Psychology, 8*, 125-13.
- Beach, W. A., & Anderson, J. K. (2003). Communication and cancer? Part I: The noticeable absence of interactional research. *Journal of Psychosocial Oncology 2*, 1-23.
- Bélanger, C., Sabourin, S., Dulude, D., & Wright, J. (1993). Les corrélats comportementaux des attentes d'efficacité en matière de résolution de problèmes personnels, *Journal International de Psychologie, 28*, 443-458.
- Berg, C. A., & Upchurch, R. (2007). A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. *Psychological Bulletin, 133*, 920-954.
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Johnston, M., Banks, P., & Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science and Medicine, 53*, 1513-1524.
- Bodenmann, G. (1995). A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples. *Swiss Journal of Psychology, 54*, 34-49.
- Bodenmann, G. (1997). Dyadic coping a systemic-transactional view of stress and coping among couples: Theory and empirical findings. *European Review of Applied Psychology, 47*, 137-140.
- Boehmer, U., & Clark, J. A. (2001). Married couples' perspectives on prostate cancer diagnosis and treatment decision-making. *Psychooncology, 10*, 147-55.
- Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Beach, S. R. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and the Family, 62*, 964-980.
- Brook., R. L., & Lawrence, E. (2008) A longitudinal investigation of stress spillover in marriage: Does spousal support adequacy buffer the effects? *Journal of Family Psychology, 22*, 11-20.

- Carmack Taylor, C. L., Badr, H., Lee, J. H., Fossella, F., Pisters, K., Gritz, E. R., et al. (2008). Lung cancer patients and their spouses : Psychological and relationship functioning within 1 month of treatment initiation. *Annals of Behavioral Medicine*, 36, 129-140.
- Caughlin, J. P., & Afifi, T. D. (2004). When is topic avoidance unsatisfying? Examining moderators of the association between avoidance and satisfaction. *Human Communication Research*, 30, 479-513.
- Caughlin, J. P., & Golish, T. D. (2002). An analysis of the association between topic avoidance and dissatisfaction: Comparing perceptual and interpersonal explanations. *Communication Monographs*, 69, 275-295.
- Christensen, A. (1988). Dysfunctional interaction patterns in couples. Dans Manne, S. L., Ostroff, J. S., Norton, T. R., Fox, K., Goldstein, L., & Grana, G. (2006). Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 234-247.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H., & Simpson, E. L., (2004). Traditional versus integrative behavioural couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 176-191
- Comité directeur de la Société canadienne du cancer. (2011). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2011*. Toronto : Société canadienne du cancer.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176-185.
- Coyne, J. C., & Smith, D. A. F. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective on wives' distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 404-412.
- Cutrona, C. (1990). Stress and social support: In search of optimal matching. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 3-14.
- Dagan, M., Sanderman, R., Schokker, M. C., Wiggers, T., Baas, P. C., van Haastert, M., & Hagedoorn, M. (2011). Spousal support and changes in distress over time in couples coping with cancer: The role of personal control. *Journal of Family Psychology*, 25, 310-318.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40, 77-98.

- Figueiredo, I. M., Fries, E., & Ingram, M. K. (2004). The role of disclosure patterns and unsupportive social interactions in the well-being of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 13, 96-105.
- Fincham, F. D., & Bradbury, T. N. (1987). The assessment of marital quality: A reevaluation. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 797-809.
- Fox, S.W., & Lyon, D. E. (2006). Symptom clusters and quality of life in survivors of lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 33, 931-936.
- Gallagher, J., Parle, M., & Cairns, D. (2002). Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *Journal of Health Psychology*, 7, 365-376.
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Mererowitz, B. E., & Belin, T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *The Journal of the National Cancer Institute*, 94, 39-49.
- Giese-Davis, J., Hermanson, K., Koopman, C., Weibel, D., & Spiegel, D. (2000). Quality of couples' relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *Journal of Family Psychology*, 14, 251-266.
- Goldsmith, D. J., Miller L. E., & Caughlin J. P. (2008). Openness and avoidance in couples communicating about cancer. *Communication Yearbook*, 31, 65-115.
- Gotcher, J. M. (1995). Well-adjusted and maladjusted cancer patients: An examination of communication variables. *Health Communication*, 7, 21-33.
- Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (1992). Marital processes predictive of later dissolution: Behavior, physiology, and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 221-233.
- Gottman J., Markman, H., & Notarius, C., (1977). The Topography of Marital Conflict: A sequential analysis of verbal and nonverbal behavior. *Journal of Marriage and the family*, 39, 461-478.
- Graves, K. D., Arnold, S. M., Love, C. L., Kirsh, K. L., Moore, P. G., & Passik, S. D. (2007). Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: Prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung Cancer*, 55, 215-224.
- Hagedoorn, M., Dagan, M., Puterman, E., DeLongis, A., Hoff, C., Meijerink, W. J. H. J., & Sanderman, R. (2011). Marital satisfaction in couples confronted with colorectal cancer : The interplay of past and current spousal support. *Journal of Behavioral Medicine*, 34, 288-297.

- Hagedoorn, M., Kuijer, R. G., Buunk, B. P., Dejong, G. M., Wobbes, T., & Sanderman, R. (2000). Marital satisfaction in patients with cancer: Does support from intimate partners benefit those who need it the most? *Health Psychology, 19*, 274-282.
- Hagedoorn, M., Puterman, E., Sanderman, R., Wiggers, T., Baas, P. C., van Haastert, M., & DeLongis, A. (2011). Is self-disclosure in couples coping with cancer associated with improvement in depressive symptoms? *Health Psychology*.
- Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H. N., Tuinstra, J., & Coyne, J. C. (2008). Distress in couples coping with cancer: A meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological Bulletin, 134*, 1-30.
- Harris, J., Bowen, D. J., Badr, H., Hannon, P., Hay, J., & Sterba, K. R. (2009) Family communication during the cancer experience. *Journal of Health Communication 14*, 76-84.
- Hawes, S., Malcarne, V., Ko, C., Sadler, G., Banthua, R., Sherman, S., et al. (2006). Identifying problems faced by spouses and partners of patients with prostate cancer. *Oncology Nursing Forum Online, 33*, 807-814.
- Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology, 15*, 135-148.
- Henderson, B. N., Davison, K. P., Pennebaker, J. W., Gatchel, R. J., & Baum, A (2002). Disease disclosure patterns among breast cancer patients. *Psychological and Health, 17*, 51-62.
- Heyman, R. E., Sayers, S. L., & Bellack, A. S. (1994). Global marital satisfaction versus marital adjustment: An empirical comparison of three measures. *Journal of Family Psychology, 8*, 432-446.
- Heyman, R. E., & Vivian, D. (1997). RMICS: Rapid Marital Interaction Coding System: Training manual for coders. Dans Manne, S. L., Ostroff, J., Rini, C., Fox, K., Goldstein, L., & Grana, G. (2004). The interpersonal process model of intimacy: The role of selfdisclosure, partner disclosure, and partner responsiveness in interactions between breast cancer patients and their partners. *Journal of Family Psychology, 18*, 589-599.
- Hilton, B. A. (1994). Family communication patterns in coping with early breast cancer. *Western Journal of Nursing Research, 16*, 366-391.
- Hodgson, J. H., Shields, C. G., & Rousseau, S. L. (2003). Disengaging communication in later-life couples coping with breast cancer. *Families, Systems & Health, 21*(2), 145-163.

- Holman, T. B., & Jacquart, M. (1988). Leisure activity patterns and marital satisfaction: A further test. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 69-77.
- Holmberg S. K., Scott, L. L., Alexy, W., & Fife, B. L. (2001). Relationship issues of women with breast cancer. *Cancer Nursery*, 24, 53-60.
- Jacobsen, P. B., & Stein, K. (1999). Is fatigue a long-term side effect of breast cancer treatment? *Cancer Control*, 6, 256-263.
- Kagawa-Singer, M., & Wellisch, D. K. (2003). Breast cancer patients' perceptions of their husbands' support in a cross-cultural context. *Psychooncology*, 12(1), 24-37.
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, methods, and research. *Psychological Bulletin*, 118, 3-34.
- Karney, B. R., Story, L., & Bradbury, T. N. (2005). Marriages in context: Interactions between chronic and acute stress among newlyweds. Dans T. A. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Éds.), *Emerging perspectives on couples' coping with stress* (pp. 13-32). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kayser, K., & Sormanti, M. (2002). A follow-up study of women with cancer: Their psychological well-being and close relationships. *Social Work in Health Care*, 35, 391-406.
- Kershaw, T. S., Mood, D. W., Newth, G., Ronis, D. L., Sanda, M. G., Vaishampayan, U. et al. (2008). Longitudinal analysis of a model to predict quality of life in prostate cancer patients and their spouses. *Annals of Behavioral Medicine*, 36, 117-128.
- Kissane, D. W., McKenzie, M., Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie D. P., & O' Neill, I. (2006). Family focused grief therapy: a randomized controlled trial in palliative care and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1208-1218.
- Kornblith, A. B., Herr, H. W., Ofman, U. S., Scher, H. I., & Holland, J. C. (1994). Quality of life of patients with prostate cancer and their spouses: The value of a data base in clinical care. *Cancer*, 73, 2791-2802.
- Kornblith, A. B., Regan, M. M., Kim, Y., Greer, G., Parker, B., Bennett, S., & Winer, E. (2006). Cancer-related communication between female patients and male partners scale: A pilot study. *Psycho-Oncology*, 15, 780-794.



- Kuijer, R. G., Ybema, J. F., Buunk, B. P., de Jong, G. M., Thijs-Boer, F., & Sanderman, R. (2000). Active engagement, protective buffering, and overprotection: Three ways of giving support by intimate partners of patients with cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology, 19*, 256–275.
- Laurenceau, J., Barrett, L., & Pietromonaco, P. (1998). Intimacy as an interpersonal process: The importance of self-disclosure, partner disclosure and perceived partner responsiveness in interpersonal exchanges. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1238-1251.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing.
- Lee, T. S., Kilbreath, S. L., Refshauge, K. M., Pendlebury, S. C., Beith, J. M., & Lee, M. J. (2008). Quality of life of women treated with radiotherapy for breast cancer. *Support Care Cancer, 16*, 399–405.
- Lewis, F. M., & Deal, L. W. (1995). Balancing our lives: A study of the married couple's experience with breast cancer recurrence. *Oncology Nursing Forum, 22*, 943-953.
- Lepore, S. J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. Dans Manne, S. L., Ostroff, J., Fox, K., Grana, G. & Winkel, G. (2009). Cognitive and social processes predicting partner psychological adaptation to early stage breast cancer. *British Journal of Health Psychology, 14*, 49-68.
- Levenson, R. W., & Gottman, J. M. (1983). Marital interaction: Physiological linkage and affective exchange. *Journal of Personality and Social Psychology, 45*, 587-597.
- Levenson, R. W., & Gottman, J. M. (1985). Physiological and affective predictors of change in relationship satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 49*, 85-94.
- Libert, Y, Merckaert, I., Etienne, A. M., Farvacques, C., Liénard, A., & Messin, S. (2006). Les besoins psychosociaux et le soutien apporté aux patients atteints d'un cancer : une étude nationale belge. *Oncologie, 8*, 465-476.
- Manne, S. L., (1998). Cancer in the marital context: A review of the literature. *Cancer Investigation, 16*, 188-202.
- Manne, S. L., Alfieri, T. Taylor, K. L., & Dougherty, J. (1999). Spousal negative response to cancer patients: the role of social restriction, spouse mood, and relationship satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(3), 352-361.

- Manne, S. L., & Badr, H. (2008). Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer, 112*, 2541-2555.
- Manne, S. L., & Badr, H. (2010a). Intimacy processes and psychological distress among couples coping with head and neck or lung cancers. *Psycho-Oncology, 19*, 941-954.
- Manne, S. L., & Badr, H. (2010b). Intimate relationship and cancer. Dans Sullivan, T. K., & Davila, J. (Éds) *Support processes in intimate relationships*. (pp 240-263) Oxford University Press: New York.
- Manne, S., Badr, H., & Kashy, D. A. (2011). A longitudinal analysis of intimacy processes and psychological distress among couples coping with head and neck or lung cancers. *Journal of Behavioral Medicine*, doi: 10.1007/s10865-011-9349-1.
- Manne, S. L., Badr, H., Zaider, T., Nelson, C., & Kissane, D. (2010). Cancer-related communication, relationship intimacy, and psychological distress among couples coping with localized prostate cancer. *Journal of Cancer Survivorship, 4*, 74-85.
- Manne, S., Dougherty, J., Veach, S., & Kless, R. (1999). Hiding worries from one's spouse: Protective buffering among cancer patients and their spouses. *Cancer Research Therapy and Control, 8*, 175-188.
- Manne, S. L., Kissane, D. W., Nelson, C. J., Mulhall, J. P., Winkel, G., & Zaider, T. (2011). Intimacy-enhancing psychological intervention for men diagnosed with prostate cancer and their partners: a pilot study. *Journal of Sexual Medicine, 8*, 1197-1209.
- Manne, S. L., Norton, T.R., Ostroff, J.S., Winkel, G., Fox, K., & Grana, G. (2007). Protective-buffering and psychological distress among couples coping with breast cancer: the moderating role of relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology, 21*, 380-388.
- Manne, S. L., Ostroff, J. S., Norton, T. R., Fox, K., Goldstein, L., & Grana, G. (2006). Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology, 15*, 234-247.
- Manne, S. L., Ostroff, J., Rini, C., Fox, K., Goldstein, L., & Grana, G. (2004). The interpersonal process model of intimacy: The role of selfdisclosure, partner disclosure, and partner responsiveness in interactions between breast cancer patients and their partners. *Journal of Family Psychology, 18*, 589-599.

- Manne, S. L., Ostroff, J., Sherman, M., Glassman, M., Ross, S., Goldstein, L., & Fox, K. (2003). Buffering effects of family and friend support on associations between partner unsupportive behaviors and coping among women with breast cancer. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 771-792.
- Manne, S. L., Ostroff, J., Winkel, G., Grana, G., & Fox, K. (2005). Partner unsupportive responses, avoidant coping, and distress among women with early stage breast cancer: patient and partner perspectives. *Health Psychology*, 24, 635-641.
- Manne, S. L., & Schnoll, R. (2001). Measuring supportive and unsupportive responses during cancer treatment: a factor analytic assessment of the partner responses to cancer inventory. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 297-321.
- Manne, S. L., Sherman, M., Ross, S., Ostroff, J., Heyman, R. E., & Fox, K. (2004). Couples' support-related communication, psychological distress, and relationship satisfaction among women with early stage breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 660-670.
- Manne, S. L., Taylor, K. L., Dougherty, J., & Kemeny, N. (1997). Supportive and negative responses in the partner relationship: their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 101-125.
- Margolin, G., & Wampold, B. E. (1981). Sequential analysis of conflict and accord in distressed and nondistressed marital partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 554-567.
- Markman, H. J., Floyd, F., Stanley, S. M., & Storaasli, R. (1988). The prevention of marital distress: A longitudinal investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 210-217.
- Markman, H., J., & Hahlweg, K. (1993). The prediction and prevention of marital distress : An international perspective. *Clinical Psychology Review*, 13, 29-43.
- Martire, L. M., Lustig, A. P., Schultz, R., Miller, G. E., & Helgeson, V. S., (2004). Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychology*, 23, 599-611.
- McCubbin, H. I., & McCubbin, M. A. (1991). Family system assessment in health care. In H. I. McCubbin & A. I. Thompson (Eds.), *Family Assessment Inventories for Research and Practice* (2<sup>e</sup> éd.). Madison, Wisconsin: The University of Wisconsin-Madison.
- McLean, L. M., & Jones, J. M. (2007). A review of distress and its management in couples facing end-of-life cancer. *Psychooncology*, 16, 603-616.

- Montazeri, A., Sajadian, A., Ebrahimi, M., & Akbari, M. E. (2005). Depression and the use of complementary medicine among breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 13, 339-342.
- Morgan, M. A. (2009). Considering the patient-partner relationship in cancer care: coping strategies for couples. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(1), 65-72.
- Morse, S. R., & Fife, B. (1998). Coping with a partner's cancer: adjustment at four stages of the illness trajectory. *Oncology Nursing Forum* 25, 751-760.
- Nezu, A., Nezu, C., McClure, K., Felgoise, S., & Houts, P. (2003). Project Genesis: Assessing the efficacy of problem solving therapy for distressed adult cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1036-1048.
- Normand, J., Lasry, J. C., Margolese, R., Perry, J. C., & Fleischer, D. (2004). Communication conjugale et symptômes dépressifs dans des couples dont la femme est atteinte du cancer du sein. *Bulletin du Cancer*, 91, 193-199.
- Northouse, A. L. (1988). Social support in patients' and husbands' adjustment to breast cancer. *Nursing Research*, 37, 91-95.
- Northouse, L. L., Mood, D. W., Montie, J. E., Sandler, H. M., Forman, J. D., Hussain, M., Pienta, K. J., Smith, D. C., Sanda, M. G., & Kershaw, T. (2007) Living with prostate cancer: Patients' and spouses' psychosocial status and quality of life. *Journal Clinical Oncology*, 25, 4171-4177.
- Northouse, L. L. & Peters-Golden, H. (1993). Cancer and the family: strategies to assist spouses. *Seminars In Oncology Nursing*, 2, 74-92.
- Northouse, L. L., Templin, T., & Mood, D. (2001). Couples' adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 115-136.
- Olson, D. (1985). Microcomputers for couple and family assessment: ENRICH and other inventories. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 1, 105-115.
- O'Mahoney, J. M., & Carroll, R. A. (1997). The impact of breast cancer and its treatment on marital functioning. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 4, 397-415.
- Paradis, M., Consoli, S. M., Pelicier, N., Lucas, V., Andrieu, J. M., & Jian, R. (2008). Détresse psychosociale et communication à propos du cancer chez le partenaire malade et son conjoint. *L'encéphale*, 35, 146-151.

- Pistrang, N., & Barker, C. (1992). Disclosure of concerns in breast cancer. *Psycho-Oncology*, 1, 183-192.
- Pistrang, N., & Barker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science and Medicine*, 40, 789-797.
- Pistrang, N., Barker, C., & Rutter, C. (1997). Social support as conversation: analysing breast cancer patients' interactions with their partners. *Social Science and Medicine*, 45, 773-782.
- Porter L. S., Keefe, F. J., Baucom, D. H., Hurwitz, H., Moser, B., Patterson, E., & Kim, H. J., (2009). Partner-assisted emotional disclosure for patients with gastrointestinal cancer. *Cancer*, 115, 4326-4338.
- Porter, L. S., Keefe, F. J., Hurwitz, H., & Faber, M. (2005). Disclosure between patients with gastrointestinal cancer and their spouses. *Psycho-Oncology*, 14, 1030-1042.
- Reis, H. T. (1990). The role of intimacy in interpersonal relationships. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 15-30.
- Reis, H., & Shaver, P. R. (1988). Intimacy as an interpersonal process. Dans S. Duck (Ed.), *Handbook of Personal Relationships: Theory, research and interventions*, 367-389. New-York: Wiley.
- Reynolds, J. S., & Perrin, N. A. (2004). Mismatches in social support and psychosocial adjustment to breast cancer. *Health Psychology*, 23, 425-430.
- Rimé, B., Philippot, P., Boca, S., & Mesquita, B. (1992). Long-lasting Cognitive and Social Consequences of Emotion: Social Sharing and Rumination. *European Review of Social Psychology*, 3, 225-258.
- Sabourin, S., Lussier, Y., Laplante, B., & Wright, J. (1990). Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: A hierarchical reconciliation. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 2, 333-337.
- Segrestan-Crouzet, K. (2010). Évolution et différences dans l'ajustement des couples au cancer du sein : rôle des facteurs psychosociaux et influence réciproque des deux membres de la dyade. Thèse de doctorat inédite, Université de Bordeaux 2. Repéré à <http://www.theses.fr/2010BOR21729/document>.
- Song, L. (2009). *Couples Communication and Quality of Life During Prostate Cancer Survivorship*. (Thèse de doctorat inédite). University of Michigan: Ann Arbor, MI. Repéré à [http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/63829/1/lson\\_g\\_1.pdf](http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/63829/1/lson_g_1.pdf).

- Song, L., Northouse, L. L., Zhang, L., Braun, M. T., Cimprich, B., Ronis, L. D., & Mood, D. W. (2010). Study of a dyadic communication in couples managing prostate cancer: a longitudinal perspective. *Psycho-Oncology*. doi: 10.1002/pon.1861.
- Spencer, S. M., Carver, C. S., & Price, A. A. (1998). Psychological and social factors in adaptation (pp. 211-222). In J. Holland, *Psycho-Oncology*, New York: Oxford University Press.
- Steinberg, T., Roseman, M., Kasymjanova, G., Dobson, S., Lajeunesse, L., Dajczman, E., et al. (2009). Prevalence of emotional distress in newly diagnosed lung cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 17, 1493-1497.
- Vaughn, M. J., & Baier, M. E. (1999). Reliability and validity of the Relationship Assessment Scale. *American Journal of Family Therapy*, 27, 137-147.
- Verdonck-de Leeuw, I. M., Eerenstein, S. E., Van der Linden, M. H., Kuik, D. J., deBree, R., & Leemans, C. R. (2007). Distress in spouses and patients after treatment for head and neck cancer. *Laryngoscope*, 117, 238-241.
- Zachariae, R., Paulsen, K., Mehlsen, M., Jensen, A. B., Johansson, A., Von der Maase, H. (2007). Chemotherapy-induced nausea, vomiting, and fatigue the role of individual differences related to sensory perception and autonomic reactivity. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 76, 376-384.