




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Mémoire

Détresse psychologique, fonctionnement défensif et soutien social perçu chez des patients atteints d'un cancer de la prostate : une étude préliminaire

Psychological distress, defensive functioning and social support among prostate cancer patients

L. Bissler^{a,*}, K. Chahraoui^a, V. Mazur^a, Y. De Roten^b

^a Laboratoire de psychopathologie et de psychologie médicale (JE-2513), pôle AAFE, esplanade Érasme, université de Bourgogne, BP 26513, 21065 Dijon cedex, France

^b Unité de recherche en psychothérapie psychanalytique, institut universitaire de psychothérapie, université de Lausanne, bâtiment Les-Cèdres, site de Cery, 1008 Prilly, Suisse

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 8 octobre 2010

Accepté le 24 janvier 2011

Mots clés :

Cancer de la prostate

Détresse psychologique

Fonctionnement défensif

Soutien social perçu

Keywords:

Defensive functioning

Perceived social support

Prostate cancer

Psychological distress

R É S U M É

Objectifs. – Le but de notre recherche est d'évaluer la détresse psychologique des patients ayant un cancer primitif et localisé de la prostate et d'étudier leurs difficultés de régulation émotionnelle, à travers la qualité de leur fonctionnement défensif et le soutien social perçu.

Méthodologie. – Notre échantillon est composé de 51 patients traités par radiothérapie. L'évaluation psychologique comporte un entretien semi-directif et trois échelles cliniques (*Defense Style Questionnaire-60* [DSQ-60], *Hospital Anxiety and Depression Scale* [HAD], *Perceived Social Support Questionnaire* [PSSQ]).

Résultats. – Vingt-trois sujets sur 51 présentent un niveau de détresse psychologique significatif (HAD), lié à une moins bonne qualité de leur fonctionnement défensif (ODF), caractérisé par un recours plus important à des niveaux ou des styles défensifs les moins adaptés (distorsion de l'image, agir, régulation de l'affect). De plus, les sujets « en détresse psychologique » sont moins satisfaits des soutiens informatifs et émotionnels provenant des professionnels de santé. Nous observons également un certain nombre de corrélations entre la satisfaction des soutiens perçus de type informatif et émotionnel et certaines dimensions du fonctionnement défensif des sujets.

Conclusion. – Nos résultats mettent en lumière la vulnérabilité de certains patients au travers de leurs difficultés à faire face au stress émotionnel lié à la maladie. Nous discutons le rôle important des professionnels de santé pour répondre aux besoins de soutien et de régulation émotionnelle de ces patients.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Objective. – The aim of our research was to evaluate emotional distress among patients with primary and localized prostate cancer and the difficulties in emotional regulation encountered by certain patients, through the quality of their defensive functioning and the perceived social support.

Method. – Our sample comprises 51 patients with primary and localized prostate cancer treated using radiotherapy with or without hormone therapy (mean age = 69; sd = 6). Psychological evaluation comprised a semi-directive interview and three clinical scales (*Defense Style Questionnaire-60*, *Hospital Anxiety and Depression Scale*, *Perceived Social Support Questionnaire*).

Results. – Of 51, 23 patients (45 %) have a significant indicator of psychological distress (HAD \geq 13) which was linked with a poorer quality of the overall defensive functioning (ODF, DSQ-60), characterized by a resort more important to the less adaptive defensive levels and styles ("major distortion of the image", "action", "image distorting", "affect regulating"). Moreover, patients with distress are less satisfied with informative and emotional supports provided by health-care professionals (PSSQ). Finally, we observe correlations between informative support satisfaction, on the one hand, and the emotional support satisfaction, on the other hand, with a better quality of the patients' overall defensive functioning (ODF) and some of its dimensions (univariate analysis).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ludivine_bissler@hotmail.com (L. Bissler).

Conclusion. – The association between psychological distress felt by patients suffering from prostate cancer and a poorer quality of the defensive functioning reflects the vulnerability of certain patients with regard to their difficulty to cope with the emotional stress linked to the disease. Finally, their capacities to elaborate affects (mentalisation) and the role of health-care professionals in providing support and help to regulate emotions for them is questioned.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme de plus de 50 ans et avec le dépistage précoce à un stade localisé, son pronostic est plutôt favorable [7]. Toutefois, l'impact psychologique d'une telle épreuve reste important dans la vie de l'individu et ne dépend pas du degré de gravité de la maladie, contrairement à certaines idées reçues de quelques professionnels de soin. En effet, l'annonce diagnostique d'un tel cancer reste un événement de vie stressant pour ces hommes et peut conduire à une détresse psychologique majorée par les effets secondaires des traitements.

Les études étrangères effectuées auprès de cette population, entre le moment du diagnostic et jusqu'à quatre ans plus tard, indiquent des prévalences oscillant entre 8 % et 16 % pour la dépression, entre 9 % et 15 % pour l'anxiété [20,22,27,28] et de 30,5 % pour la détresse psychologique [35]. Selon Sharpley et al. [26–28], l'anxiété et la dépression sont plus que des indicateurs du choc initial de l'annonce diagnostique elle-même et sont liées à la perte de capacités antérieures d'activités plaisantes et/ou d'événements socialement forts [27,28]. La question de l'adaptation psychologique pour faire face au cancer de la prostate et à ses implications reste donc posée. Cette question peut être appréhendée à travers l'étude des mécanismes de défenses, définis par le DSM-IV comme « des processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la perception de dangers ou de facteurs de stress internes ou externes » [1]. Ces mécanismes sont regroupés en niveaux de fonctionnement défensif selon une classification hiérarchique ordonnée sur un continuum allant des défenses les plus matures et les plus adaptatives (humour, anticipation, altruisme, etc.) aux défenses les plus immatures et les moins adaptatives (passage à l'acte, agressivité passive, etc.) [8,18]. Aussi, les défenses matures appartiennent à un modèle de santé mentale positive qui prédit le bien-être psychosocial des individus [29]. Toutefois, chez les patients atteints de cancer, peu d'études ont utilisé une démarche systématisée pour investiguer les défenses et leurs niveaux de maturité, la majorité ayant réalisé une approche clinique générale et pointé les mécanismes défensifs mis en jeu à travers les différentes phases de la maladie. Cela étant, une étude de Beresford et al. suggère que le niveau de maturité des mécanismes défensifs est un indicateur de la détresse psychologique (dépression) et d'une moindre survie chez ces patients [3].

Un autre indicateur fortement associé au bien-être psychosocial et aux processus adaptatifs pour faire face à la maladie concerne le soutien social. Les études menées dans ce domaine indiquent un effet bénéfique du soutien social perçu sur la santé physique et/ou mentale, certaines soulignant un effet direct entre le soutien social et la santé quand d'autres considèrent le soutien social comme une variable modératrice de la relation entre stress et santé (effet tampon) [23]. Une étude de Gray et al. indique que les patients atteints d'un cancer de la prostate ont des besoins de soutien faible lié à la crainte de révéler leur maladie et à la peur d'une stigmatisation sociale [15]. Pourtant, d'autres études portant sur l'identification des besoins de soutien chez ces patients soulèvent des besoins émotionnels et informatifs non satisfaits et plus spécifiquement des besoins d'aide concernant le domaine de la sexualité, le domaine psychologique (peurs, émotions, inquiétudes liées au cancer) et le domaine de l'information liée au système de

soins (informations liées à la maladie, aux traitements, aux effets secondaires, etc.) [22,30].

Peu de recherches françaises ont été réalisées auprès de cette population. Ainsi, notre objectif est d'évaluer la détresse psychologique de patients ayant un cancer primitif et localisé de la prostate et d'étudier leurs difficultés de régulation émotionnelle, à travers la qualité de leur fonctionnement défensif et leur soutien social perçu. Nous souhaitons alors que les données de cette recherche nous permettent de mieux appréhender le vécu psychologique de ces patients afin de pouvoir proposer des éléments de prise en charge plus adaptés, tant d'un point de vue psychologique que médical.

2. Méthodologie

2.1. Population

Cette étude préliminaire est composée d'un échantillon de 51 patients recrutés dans un établissement de soins en France. Ont été inclus les sujets ayant un cancer de la prostate à un stade localisé (classification TNM : T1, 2 ou 3 N0M0) et traités par radiothérapie avec ou sans hormonothérapie. Étaient exclus de l'étude, les sujets avec antécédent, récurrence ou autre pathologie cancéreuse associée, ainsi que les sujets bénéficiant d'une autre thérapie, et ce afin de limiter des biais méthodologiques. La recherche a été proposée par l'oncologue-radiothérapeute lors de sa première consultation avec le patient, après que l'annonce du diagnostic eut été reprise, la première annonce ayant été faite par l'urologue avant réorientation vers son confrère pour le traitement. Les patients recevaient une information concernant cette étude, puis, après un délai de réflexion, signaient un consentement éclairé s'ils acceptaient d'y participer, pour être définitivement inclus.

2.2. Procédure

L'évaluation psychologique s'est déroulée en deux temps, un premier temps (T1) à la suite de la séance de centrage avant le début de la radiothérapie, et un second temps (T2), quatre mois après la fin de la radiothérapie à la suite de la première consultation post-traitement. Chaque évaluation comportait un entretien semi-directif mené par une psychologue clinicienne et trois questionnaires permettant d'investiguer les données médicales et sociodémographiques, la détresse psychologique, la qualité du fonctionnement défensif et le soutien social perçu. Nous ne présentons ici que les données liées au temps 1.

2.3. Questionnaires

La détresse psychologique a été évaluée à l'aide du score total de l'échelle d'anxiété-dépression utilisée à l'hôpital (HAD) de Zigmond et Snaitth. En effet, si la HAD est fréquemment utilisée pour évaluer les niveaux actuels des symptomatologies dépressives (sept items) et anxieuse (sept items) chez des patients de service de médecine [16], Razavi et al. (1989) [25] ont proposé de tenir plutôt compte du score global de la HAD que de ses deux sous-échelles. De plus, en 1990, dans une étude réalisée en oncologie, ces mêmes auteurs ont proposé de retenir la note seuil

de 13 de l'échelle globale pour identifier les troubles de l'adaptation et les dépressions majeures (sensibilité et spécificité de 75 % chacune). Toutefois, compte tenu des nombreuses critiques émises dans la littérature à l'encontre de la catégorie diagnostique des troubles de l'adaptation face à un tel événement de vie [21,24], nous avons choisi de retenir la note seuil de 13 comme indicateur de la détresse psychologique plutôt que comme indicateur de trouble de l'adaptation. La détresse psychologique peut être définie comme un état marqué par l'incapacité à procéder à des activités normales et saines et par des symptômes reliés à l'anxiété et à la dépression [14]. La HAD a été validée en français par Lépine [16].

Les défenses psychologiques ont été évaluées par le Questionnaire de Style Défensif en 60 items (DSQ-60) de Bond, Trisjburg, Drapeau et De Roten pour la version française [4,9]. Sous sa forme en 60 items, cet autoquestionnaire permet d'investiguer 30 styles défensifs composés chacun de deux items cotés de un à neuf. Ces 30 styles sont répertoriés selon six niveaux de maturité, du plus mature au plus immature. Le niveau I « Adaptatif élevé » est composé de huit styles défensifs (par exemple : Affiliation, Humour...), le niveau II « Inhibitions mentales » de sept styles (par exemple : Isolation, Intellectualisation...), le niveau III « Distorsion mineure de l'image » de quatre styles (par exemple : Omnipotence, Idéalisation...), le niveau IV « Désaveu » de cinq styles (par exemple : Retrait, Dén...), le niveau V « Distorsion majeure de l'image » est composé de trois styles (Clivage de l'objet, Clivage de soi, Identification projective), tout comme le dernier niveau VI de « l'Agir » (Passage à l'acte, Agressivité passive, Hypochondrie). Dans une étude de validation récente [31], l'analyse factorielle a mis en évidence trois facteurs (47,93 % du poids de la variance) : la Distorsion de l'image, la Régulation de l'affect et le Style adaptatif. Un score de fonctionnement défensif global (ODF) permet également d'obtenir un indice de la qualité adaptative du fonctionnement défensif : plus le score est élevé, plus le fonctionnement défensif est adapté [32].

Le soutien social perçu a été évalué par le Questionnaire de Soutien Social Perçu (QSSP) de Bruchon-Schweitzer (2001). Il évalue la disponibilité et la satisfaction par rapport au soutien social perçu et permet d'évaluer le type de soutien reçu (estime, matériel/financier, informatif et émotionnel), les sources de ce soutien (famille, amis/camarades, collègues et professionnels de santé), le nombre de personnes qui le procurent (disponibilité) et la qualité perçue (satisfaction). Deux scores sont obtenus avec la disponibilité perçue (nombre de personnes) et la satisfaction perçue de ce soutien (respectivement 25,2 % et 35,6 % de la variance totale [13]). Des sous-scores selon les sources de soutien sont également possibles ; le questionnaire a fait l'objet d'une validation auprès de plusieurs populations [5,13].

3. Analyse statistique

À partir des résultats obtenus à l'échelle HAD, nous avons constitué deux groupes de patients : le groupe 1 est composé de 23 patients ayant un score supérieur ou égal à 13 à l'échelle HAD, et le groupe 2 est composé de 28 patients avec un score inférieur à 13 (note seuil de l'indicateur de détresse psychologique). L'analyse statistique comprend une étude descriptive des différentes variables pour l'ensemble de l'échantillon, une étude comparative des sujets « en détresse » versus « sans détresse » pour les variables étudiées (test U de Mann Withney) et une étude corrélacionnelle entre les variables (Rho de Spearman). Les seuils de significativité sont fixés à $p \leq 0,05$. Pour les comparaisons multiples, nous avons effectué une correction d'erreur finale par la technique FDR (*False Discovery Rate*), méthode statistique plus moderne et moins conservatrice que celle du Bonferroni.

4. Résultats

4.1. Variables sociodémographiques

Nous avons rencontré l'ensemble des patients, en moyenne 10,39 semaines après l'annonce du diagnostic ($s = 10,34$; [1–74]).

Notre échantillon est composé de 51 patients âgés en moyenne de 69,22 ans ($s = 6,19$ ans, [52–79]), dont 45 sont en couple (96,09 %) et 46 sont retraités (90,20 %). Cinq patients ont des antécédents de troubles anxieux et/ou dépressifs traités (9,80 %). Du point de vue des problèmes somatiques, 11 patients sur 51 (21,57 %) rapportent des troubles intestinaux, 20 patients (39,20 %) des difficultés urinaires et 29 patients (56,82 %) des difficultés sexuelles.

La comparaison entre les groupes de sujets ne révèle aucune différence significative concernant l'ensemble de ces données médicales et sociodémographiques.

4.2. Détresse psychologique

Vingt-trois sujets sur 51 (45 %) présentent un niveau de détresse significatif selon les scores à l'échelle HAD (score > 13), avec une moyenne pour l'ensemble de ce groupe de 18 ($s = 3,30$), alors que 28 sujets (55 %) présentent des scores inférieurs à la note seuil ($m = 6,82$; $s = 3,06$).

4.3. Détresse psychologique et qualité du fonctionnement défensif

L'étude du fonctionnement défensif (Tableau 1) montre que le groupe de sujets en « détresse psychologique » présente un fonctionnement défensif global (ODF) de moins bonne qualité ($z = -0,2870$; $p = 0,004$) que le groupe de sujets « sans détresse ». Ce résultat est appuyé par une corrélation négative et significative observée entre le score ODF et le niveau de détresse psychologique des sujets ($r = -0,438$; $p = 0,001$). De manière plus fine, nous observons que le groupe de sujets en « détresse psychologique » a davantage recours aux niveaux défensifs les plus immatures de la « distorsion majeure de l'image » et de « l'agir ». Ces deux niveaux défensifs sont d'ailleurs corrélés positivement au score total de la HAD (respectivement $r = 0,311$; $p = 0,02$; et $r = 0,386$; $p = 0,005$). En revanche, il n'existe pas de différence concernant les autres niveaux défensifs (mature, inhibition mentale, distorsion mineure de l'image et désaveu). Enfin, concernant les trois facteurs du DSQ-60, le style « distorsion de l'image » est plus utilisé par les sujets en détresse alors qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes pour les styles « adaptatif élevé » et « régulation de l'image ».

4.4. Détresse psychologique et soutien social perçu

L'étude du soutien social perçu (Tableau 2) montre qu'il n'existe pas de différence significative entre les sujets « en détresse » versus « sans détresse » pour les scores globaux du soutien social perçu, tant du point de vue de la disponibilité que de la satisfaction. Les différents sous-scores de disponibilité et de satisfaction pour les soutiens d'estime, émotionnel, informatif et matériel ne différencient pas non plus les deux groupes de patients. En revanche, des différences apparaissent entre les deux groupes si l'on considère les sources du soutien social. Ainsi, les sujets « en détresse » sont moins satisfaits des soutiens de type informatif et émotionnel provenant des professionnels soignants.

4.5. Fonctionnement défensif et soutien social perçu

Les résultats montrent que certaines dimensions de la satisfaction du soutien social perçu sont corrélées à des styles défensifs et au fonctionnement défensif global des sujets, ce qui

Tableau 1

Caractéristiques du fonctionnement défensif des patients (DSQ-60) selon l'absence ou la présence de détresse psychologique (HAD).

Fonctionnement défensif et adaptatif (DSQ-60)	Groupe avec détresse (HAD ≥ 13) (n = 23)		Groupe sans détresse (HAD < 13) (n = 28)		Z [*]	p ^{**}	Seuil FDR à 0,05 ^{***}
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type			
<i>Niveaux de maturité défensifs</i>							
Distorsion majeure de l'image	8,46	2,00	7,03	2,15	-2,46	0,01	0,017
Agir	8,37	1,94	6,95	1,89	-2,45	0,01	0,033
Désaveu	8,62	1,98	7,50	2,27	-1,68	0,09	0,050
Inhibitions mentales	9,85	1,96	9,13	2,39	-1,25	0,21	0,067
Distorsion mineure de l'image	7,19	1,67	7,59	2,41	-0,47	0,63	0,083
Mature	12,01	1,57	12,32	1,82	-0,29	0,76	0,100
<i>Styles défensifs</i>							
Régulation de l'affect	9,15	2,51	7,76	2,54	-1,99	0,04	0,033
Distorsion de l'image	7,38	1,64	6,43	1,89	-1,97	0,04	0,067
Adaptatif/Elevé	12,73	2,14	12,98	2,16	-0,25	0,79	0,790
<i>Fonctionnement défensif global</i>							
ODF	4,86	0,20	5,08	0,29	-2,87	0,004	

*Test U de Mann-Whitney ; ** p-value bilatérale ≤ 0,05 ; *** correction d'erreur finale pour comparaisons multiples, la p-value ne doit pas être supérieure au seuil FDR ; DSQ-60 : Questionnaire de Style Défensif en 60 items ; HAD : échelle d'anxiété et de dépression ; FDR : False Discovery Rate.

Tableau 2

Perception du soutien social par les patients (QSSP) selon l'absence ou la présence de détresse psychologique (HAD).

Soutien social perçu (QSSP)	Groupe avec détresse (HAD ≥ 13) (n = 23)		Groupe sans détresse (HAD < 13) (n = 28)		Z [*]	p ^{**}	Seuil FDR à 0,05 ^{***}
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type			
Score total de soutien social perçu (disponibilité)	32,83	19,72	31,12	24,04	-0,61	0,53	
Score total de soutien social perçu (satisfaction)	60,70	11,71	65,96	12,86	-1,45	0,14	
Soutien informatif des professionnels de santé (satisfaction)	3,96	4,65	4,65	0,62	-2,80	0,005	0,02
Soutien émotionnel des professionnels de santé (satisfaction)	3,83	1,02	4,38	0,98	-2,18	0,02	0,04

*Test U de Mann-Whitney ; ** p-value bilatérale ≤ 0,05 ; *** correction d'erreur finale pour comparaisons multiples, la p-value ne doit pas être supérieure au seuil FDR ; QSSP : Questionnaire de Soutien Social Perçu ; HAD : échelle d'anxiété et de dépression ; FDR : False Discovery Rate.

Tableau 3

Corrélations entre la satisfaction des types de soutien social perçu (QSSP) et les styles défensifs et l'overall defensive functioning (ODF) (DSQ-60).

QSSP	DSQ-60			
	Style adaptatif/élevé	Style régulation de l'affect	Style distorsion de l'image	ODF
Soutien informatif (satisfaction)	0,332 [*]			0,300 [*]
Soutien émotionnel (satisfaction)		-0,296 [*]	-0,285 [*]	0,315 [*]

* p-value bilatérale ≤ 0,05 ; QSSP : Questionnaire de Soutien Social Perçu ; DSQ-60 : Questionnaire de Style Défensif en 60 items.

n'est pas le cas de la dimension disponibilité (Tableau 3). Ainsi, une plus grande satisfaction du soutien informatif perçu est corrélée à un niveau de fonctionnement défensif global et à un recours au style adaptatif plus élevés (respectivement $r = 0,300$; $p \leq 0,05$; $r = 0,332$; $p \leq 0,05$).

Enfin, une plus grande satisfaction du soutien émotionnel est corrélée à un niveau de fonctionnement défensif plus élevé (ODF) ($r = 0,315$; $p \leq 0,05$) et à des scores de distorsion de l'image et de régulation de l'affect plus bas (respectivement $r = -0,285$; $p \leq 0,05$; $r = -0,296$; $p \leq 0,05$).

5. Discussion

Notre étude montre que les patients en détresse psychologique ont une moins bonne qualité de leur fonctionnement défensif, caractérisé par un recours plus important aux niveaux et style défensifs les plus immatures ou les moins adaptés tels que « l'agir », « la distorsion majeure de l'image » et le facteur « distorsion de l'image ». Nos résultats rejoignent ainsi les travaux de Vaillant [6,33], qui, dans son modèle de santé, montrent que les défenses maladaptatives sont davantage corrélées à la pathologie, ainsi que

l'étude de Beresford et al. [3] qui établit un lien entre le niveau de maturité défensif (DSQ-40) et la détresse psychologique des patients atteints de cancer. La vulnérabilité de ces patients apparaît au travers de leurs difficultés à faire face au stress émotionnel lié à la maladie, et la détresse psychologique peut ainsi être le témoin d'un fonctionnement défensif ne permettant pas l'adaptation émotionnelle, et ce, avant même que leur traitement ne débute. Selon cette perspective, la moins bonne qualité adaptative de leur fonctionnement défensif global conduirait ces sujets à avoir recours à des processus adaptatifs peu élaborés pour faire face à cette épreuve de vie, ce qui participerait au développement d'une détresse psychologique plus importante.

De plus, le score plus important de la « distorsion de l'image » présenté par les patients « en détresse » pose aussi la question des difficultés que peut entraîner une telle « défaillance » dans les autres fonctions du Moi. En effet, l'*Ego Psychology* a montré que les défenses jouent un rôle fondamental dans le fonctionnement adaptatif du Moi qui intervient notamment dans la régulation de l'estime de soi. Or, le cancer de la prostate, par son annonce et par sa symbolique sexuelle, entraîne un véritable bouleversement narcissique chez ces hommes [11] et porte atteinte à leur masculinité [2]. De plus, la connaissance des effets secondaires à

venir renvoie déjà à l'idée de la perte du contrôle corporel et à la crainte d'une déchéance physique qui altèrent la qualité de vie subjective et portent atteinte à l'image et à l'estime de soi [24]. Ainsi, les patients qui présentent une détresse psychologique avant le début du traitement risquent de présenter une altération de leur image et de leur estime de soi d'autant plus importante qu'ils ont recours à plus de processus défensifs immatures.

Enfin, ces premiers résultats nous conduisent aussi à nous interroger sur les capacités d'élaboration psychique des patients en détresse, et en particulier sur le recours plus important à « l'agir », pour lequel plusieurs travaux ont souligné des liens avec des difficultés de mentalisation [10]. En effet, de nombreux auteurs ont souligné que ce ne sont pas les données intrinsèques au cancer ou à la manière avec laquelle les patients sont soignés qui conduisent de manière prévisible à la détresse, mais que c'est plutôt la signification que les patients donnent à leur maladie [20]. Pour faire face à un tel événement de vie, les sujets doivent non seulement mettre en place des stratégies défensives pour faire face à la détresse émotionnelle suscitée par le choc de l'annonce de la maladie, mais ils doivent aussi s'approprier subjectivement cette expérience de vie et l'intégrer à leur histoire personnelle afin de lui donner un sens. Ainsi, la détresse psychologique observée chez nos patients pourrait signifier l'échec d'un travail d'élaboration et d'intégration de cet événement dans l'histoire de vie des sujets, associé à des mécanismes de défenses peu adaptatifs du point de vue de la gestion de la détresse émotionnelle. Les entretiens cliniques menés auprès des patients en détresse montrent bien que l'annonce diagnostique du cancer conduit à des réactions de choc émotionnel, parfois même de sidération psychique, et à des difficultés d'élaboration et de traitement de cette information, dépassant ainsi leurs ressources adaptatives. Certains l'expriment de la manière suivante : « J'ai pété un peu les plombs [...] Un coup de déprime », ou « Seulement, c'est très dur. J'ai envie de dire "ça te paralyse"... Le mot n'est pas trop fort... ça te donne presque un coup sur la tête. J'dirais même pas la peur, ça... On est tétanisé [...] Et pis ça peut durer un moment [...] Bien une semaine ».

Concernant cette fois-ci la perception du soutien social, notre étude indique que les patients « en détresse » sont moins satisfaits du soutien informatif et émotionnel provenant des professionnels de santé que les patients « sans détresse ». Nous pouvons supposer que la détresse augmente les besoins de soutien et que ces patients sont davantage demandeurs de soutien informatif et émotionnel pour pallier l'anxiété qui peut être suscitée par l'attente des résultats ou encore par la méconnaissance de ce qui va advenir. En outre, cette plus faible satisfaction peut laisser supposer des besoins de soutien non satisfait qui peuvent à leur tour générer une anxiété supplémentaire. Ces données pointent ainsi le rôle important que peuvent jouer les soignants pour répondre aux besoins de soutien informatif et/ou émotionnel, d'autant que des études ont montré que les patients ayant un cancer de la prostate préfèrent les médecins et la famille comme source de soutien et d'informations, et que les médecins tendent à sous-estimer la morbidité psychologique de ces hommes [20]. Demander et recevoir un soutien informatif peut être un médiateur au stress et à l'anxiété suscités par la maladie et les traitements. D'ailleurs, plusieurs études reprises par Lintz et al. [20] ont montré que l'incertitude, la peur et la perte associées au cancer peuvent être soulagées par de l'information et que ces réactions ne dépendent pas seulement de l'incapacité des patients à faire face au stress de la maladie. Plusieurs études ont aussi montré que des groupes de soutien [17,19], ou encore des interventions dyadiques avec un pair ayant traversé la même épreuve du cancer [34] permettent de répondre aux besoins de soutien informatif et émotionnel non satisfaits, de diminuer la détresse psychologique de ces patients [20] et d'augmenter la confiance en soi pour s'ajuster [34]. Toutefois, il est important de souligner que les patients peuvent

avoir des besoins différents en termes d'information, d'où la nécessité pour les médecins de l'adapter à chacun [20]. L'étude de Despland et al. [12] sur les mécanismes de défense des soignants a également permis de montrer l'importance de la régulation émotionnelle par le clinicien des affects négatifs qui surviennent au cours d'entretiens d'oncologie.

Notre étude semble ainsi corroborer les liens importants entre l'ajustement émotionnel à la maladie et le soutien social perçu en indiquant qu'un meilleur fonctionnement défensif global est lié à une plus grande satisfaction des soutiens informatif, d'une part, et émotionnel, d'autre part. Il semble que l'effet bénéfique de la qualité du fonctionnement défensif sur la détresse psychologique des patients puisse être modulé par la satisfaction du soutien social perçu ; la qualité du fonctionnement défensif pourrait avoir un rôle protecteur sur la détresse psychologique, et ce d'autant plus que la satisfaction du soutien social est élevée. Toutefois, nous ne pouvons pas dire si c'est la satisfaction du soutien social qui vient modérer ou amplifier l'impact protecteur de la qualité du fonctionnement défensif ou si c'est le contraire.

6. Conclusion

Notre étude a montré les liens étroits existant entre la détresse psychologique des patients atteints de cancer localisé de la prostate et un niveau de fonctionnement défensif moins adapté, d'une part, et une baisse de la satisfaction des soutiens informatif et émotionnel, provenant en particulier des professionnels de santé, d'autre part. Ainsi, de nombreuses pistes de réflexions s'ouvrent à nous pour pallier les difficultés de régulation émotionnelle et aux besoins de soutiens de ces patients. Il semble judicieux d'insister, d'une part, sur la possibilité d'offrir à ces sujets un espace de parole leur permettant une meilleure appropriation du traumatisme lié à l'annonce de leur maladie, et d'autre part, sur le travail de collaboration qui s'avère nécessaire avec les soignants afin de mettre en place un suivi adapté à chaque patient, en fonction de ses besoins de soutien informatif et émotionnel.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Nous tenons à remercier les Docteurs M.-C. Bône-Lépinoy et T. Altwegg, du Centre de radiothérapie du Parc (Dijon) pour avoir participé activement à cette recherche et avoir permis le recrutement des patients. Nous remercions aussi la clinique Clément-Drevon (Dijon) pour avoir permis la réalisation de cette étude dans le cadre d'un partenariat.

Ce travail a été soutenu par le ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (allocation de recherche du ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche).

Références

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edition, Washington DC, USA: APA; 1994.
- [2] Bardon Y, Chartier-Kastler E, Moreau JL, et al. La prostate : symbole de la vulnérabilité masculine : une enquête qualitative AFU-IPSOS. *Prog Urol* 2006;16:324–7.
- [3] Beresford T, Alfors J, Mangum L, et al. Cancer survival probability as function of ego defense (adaptative) mechanisms versus depressive symptoms. *Psychosomatics* 2006;47:247–53.
- [4] Bonsack C, Despland JN, Spagnoli J. The French version of the defense style questionnaire. *Psychother Psychosom* 1998;67:24–30.
- [5] Boujut E. Facteurs prédisant le développement de symptômes dépressifs de symptômes organiques de troubles des conduites alimentaires et de l'échec

- académique chez des étudiants de première année. Université de Bordeaux II: Doctorat de psychologie clinique et de psychopathologie; 2007.
- [6] Candilis-Huisman D. Étude longitudinale d'un échantillon d'adultes sains bien doués : la recherche de George E. Vaillant. In: Bourguignon O, Bydlowski M, editors. La recherche clinique en psychopathologie. Paris: PUF; 2006.
- [7] Coste MH, Simon V. Association française d'urologie. Dossier de presse. Journée de la prostate. 15 septembre 2009. www.urofrance.org.
- [8] Cramer P, College W. Defense mechanisms in psychology today. Further processes for adaptation. *Am Psychol* 2000;55:637–46.
- [9] De Roten Y, Ambresin G. Comparaison entre évaluation des défenses à l'aide du DMRS et par autoquestionnaire (DSQ). In: Perry JC, Guelfi JD, Despland JN, Hanin Bp, editors. Échelles d'évaluation des mécanismes de défense. Deuxième ed., Paris: Masson; 2009.
- [10] De Tychev C. Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience. *Cah Psychol Clin* 2001;16:49–68.
- [11] Deschamps D. L'identification impossible au cancer. Dossier cancer : sens et non sens. *J Psychol* 1999;170:35–8.
- [12] Despland JN, Bernard M, Favre N, et al. Clinician's defense: an empirical study. *Psychol Psychother Theory Res Pract* 2009;82:73–81.
- [13] Fernandez L, Bonnet A, Guinard A, et al. Module VII. Outils de recueil d'informations sur les cofacteurs dans l'étude des effets psychosociaux des catastrophes. In: Verger P, Aulagnier M, Schwœbel V, Lang T, editors. Démarches épidémiologiques après une catastrophe. Anticiper les catastrophes : enjeux de santé publique, connaissances, outils et méthodes. Paris: Masson; 2005. http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epidemiologie_catastrophes/module7.pdf.
- [14] Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9:139–45.
- [15] Gray RE, Fitch M, Phillips C, et al. To tell or not to tell: patterns of disclosure among men with prostate cancer. *Psycho-oncology* 2000;9:273–82.
- [16] Guelfi JD. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Boulogne: Editions Médicales Pierre-Fabre; 1996 [2 tomes].
- [17] Helgeson VS, Lepore SJ, Eton DT. Moderators of benefits of psychoeducational interventions for men with prostate cancer. *Health Psychol* 2006;25:348–54.
- [18] Ionescu S, Jacquet MM, et al. Les mécanismes de défense. Théorie et clinique. Paris: Armand Colin; 2005.
- [19] Lepore SJ, Helgeson VS, Eton DT, et al. Improving quality of life in men with prostate cancer: a randomized controlled trial of group education interventions. *Health Psychol* 2003;22:443–52.
- [20] Lintz K, Moynihan C, Steginga S, et al. Prostate cancer patients' support and psychological care needs: survey from a non-surgical oncology clinic. *Psycho-oncology* 2003;12:769–83.
- [21] Lott A, Borgeat F, et al. Le trouble de l'adaptation, un diagnostic anodin ? Une étude comparative avec le trouble dépressif majeur. *Schweizer Archiv Für Neurologie und Psychiatrie* 2003;154:96–105.
- [22] Nordin K, Berglund G, Glimelius B, et al. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer* 2001;37:376–84.
- [23] Rasclé N, Aguerre C, Bruchon-Schweitzer M, et al. Soutien social et santé : adaptation française du questionnaire de soutien social de Sarason, le S.S.Q. *Cah Intern Psychol Soc* 1997;33:35–51.
- [24] Razavi D, Delvaux N. Précis de Psycho-oncologie de l'adulte. Paris: Masson; 2008.
- [25] Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, et al. Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Rev Psychol Appli* 1989;39:295–308.
- [26] Sharpley CF, Bitsika V, Christie DRH. Causal "mapping" of depression and anxiety among prostate cancer patients: a preliminary interview study. *J Mens Health Gender* 2007;4:402–8.
- [27] Sharpley CF, Christie DRH. An analysis of the psychometric profile and frequency of anxiety and depression in Australian men with prostate cancer. *Psycho-oncology* 2007;16:660–7.
- [28] Sharpley CF, Christie DRH. Actual change in anxiety and depression among Australian men with prostate cancer. *J Mens Health Gender* 2007;4:32–8.
- [29] Simeon D, Yehuda R, Cunill R, et al. Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology* 2007;32:1149–52.
- [30] Steginga SK, Occhipinti S, Gardiner RA, et al. The supportive care needs of men with prostate cancer. *Psycho-oncology* 2001;10:66–75.
- [31] Thygesen KL, Drapeau M, Trijsburg RW, et al. Assessing defense styles: factor structure and psychometric. Properties of the new Defense Style Questionnaire 60 (DSQ-60). *Intern J Psych Psychol Ther* 2008;8:171–81.
- [32] Trijsburg R, Van T' Spijker A, et al. Measuring overall defensive functioning with the Defense Style Questionnaire: a comparison of different scoring methods. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:432–9.
- [33] Vaillant G. Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology. *Am Psychol* 2000;55:89–98.
- [34] Weber BA, Roberts BL, Resnick M. The effect of dyadic intervention on self-efficacy, social support, and depression for men with prostate cancer. *Psycho-oncology* 2004;13:47–60.
- [35] Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B, et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology* 2001;10:19–28.