Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Annales Médico Psychologiques 167 (2009) 134–141

ANNALES MÉDICO PSYCHOLOGIQUES

Mémoire

Impact de la gestion dyadique du stress sur l'ajustement à une reconstruction mammaire différée après cancer

Impact of the dyadic coping process on the adjustment to a delayed breast reconstruction after cancer

A. Untas [a,*], B. Quintard [a], M. Koleck [a], X. Borteyrou [a], A. Azencot [b]

[a] *Équipe de Psychologie de la Santé, laboratoire de psychologie « Santé et Qualité de Vie » EA 4139, université Victor-Segalen–Bordeaux-II, 3 ter, place de la Victoire, 33076 Bordeaux cedex, France*

[b] *Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine, 15 à 33, rue Claude-Boucher, 33077 Bordeaux cedex, France*

Reçu le 10 mai 2006 ; accepté le 25 novembre 2006

Disponible sur internet le 11 septembre 2007

Résumé

En France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Un des traitements chirurgicaux consiste en l'ablation totale du sein contenant la tumeur. Si beaucoup d'études ont à ce jour exploré les stratégies d'ajustement des sujets à la maladie et aux traitements anticancéreux, peu de travaux ont porté sur la façon dont le couple fait face à de tels événements. L'objectif de cette recherche est d'évaluer l'influence de la gestion dyadique du stress (façon dont le couple gère habituellement le stress) sur l'ajustement de 29 patientes à une reconstruction mammaire différée. Chaque sujet a complété trois questionnaires : le FDCT-N (Bodenmann, 1997) qui permet d'apprécier le processus de gestion dyadique du stress (communication autour du stress, *coping* dyadique, sentiment d'efficacité perçue et de satisfaction par rapport à la gestion du stress), le WHOQOL-26 de l'OMS (2000) pour évaluer la qualité de vie et le QIC (Bruchon-Schweitzer, 1990) pour évaluer l'image du corps. Les résultats mettent en évidence l'importance de la communication autour du stress au sein du couple, du recours à un *coping* dyadique (positif), et d'un sentiment élevé d'efficacité perçue et de satisfaction par rapport à la gestion du stress sur l'ajustement à la reconstruction mammaire, en termes de qualité de vie et de satisfaction corporelle.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

In France, breast cancer is the most frequent cancer women suffer from. One of the surgical treatments consists in taking out the whole breast. Several studies have explored the strategies people elaborate to cope with this illness and with anticancer treatments, but few studies have dealt on the manner couples face such events. The aim of this study is to evaluate the influence of the dyadic coping process (the manner in which couples usually manage with stress) on the adjustment strategies by 29 patients having been subject to a delayed breast reconstruction. Each subject completed three questionnaires: the FDCT-N (Bodenmann, 1997) which evaluates the dyadic coping process (stress communication, dyadic coping itself, feelings of effectiveness and satisfaction with the way of coping with stress), the WHOQOL-26 from the WHO (2000) which measures the quality of life and the QIC (Bruchon-Schweitzer, 1990) which evaluates the body image. The results point out the importance of stress communication within couples, of the use of (positive) dyadic coping and of a high feeling of effectiveness and satisfaction with the way they have coped with the stress of the adjustment to breast reconstruction, in terms of quality of life and body satisfaction.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Gestion dyadique ; Image du corps ; Qualité de vie ; Reconstruction mammaire

Keywords: Body image; Breast reconstruction; Dyadic coping; Quality of life

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : aurelie.untas@club-internet.fr (A. Untas).

0003-4487/$ – see front matter © 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.amp.2006.11.004

1. Introduction

En France, chaque année, on diagnostique un cancer du sein chez 42 000 femmes environ. Certaines d'entre elles subissent une ablation totale du sein contenant la tumeur (mastectomie). La reconstruction mammaire fait alors partie intégrante du traitement du cancer du sein. Elle peut avoir lieu en même temps que la mastectomie (reconstruction mammaire immédiate), mais également plusieurs mois ou années après ; on parle alors de reconstruction mammaire différée.

Les recherches consacrées au cancer du sein et à ses conséquences psychologiques sont nombreuses. Néanmoins, les études s'intéressant à la reconstruction mammaire sont encore parcellaires et très largement anglo-saxonnes. D'une manière générale, ces travaux se sont principalement centrés sur la comparaison des reconstructions mammaires immédiates avec les reconstructions mammaires différées, et les mastectomies sans reconstruction. Ces recherches ont essentiellement exploré :

- les raisons qui motivent les femmes pour entreprendre une reconstruction mammaire [11,18,26,32] ;
- la satisfaction des femmes par rapport à la reconstruction mammaire [2,15,19] ;
- l'impact de la reconstruction mammaire sur l'image du corps [1,3,12,19,23,30,31] ;
- l'impact de la reconstruction mammaire sur la qualité de vie [12,16,17,19] ;
- l'impact de la reconstruction mammaire sur la sexualité des sujets [11,24].

La reconstruction mammaire est une chirurgie réparatrice dont l'enjeu est important, car elle vise à restituer une intégrité et une féminité à un corps blessé par la maladie et par l'exérèse du sein. En effet, selon Lehmann, cette mutilation est difficile à accepter pour une femme, et ce à trois niveaux [22] :

- *l'image du corps est modifiée.* Certaines femmes refuseront, pendant de nombreux mois, de se regarder dans le miroir ou de toucher la cicatrice consécutive à la mastectomie ; d'autres se déshabilleront dans le noir, de peur de heurter leur propre regard et/ou celui de leurs proches ;
- *l'identité de ces femmes est affectée.* Après la mutilation, le regard de l'autre peut être vécu comme indiscret, intrusif ;
- *la vie sexuelle et affective est également touchée.* Des difficultés au niveau conjugal et familial peuvent apparaître. Certaines femmes vont, par exemple, repousser tout geste de tendresse. Cependant, dans certains couples, la confrontation à la maladie rapproche les partenaires et leur donne le sentiment d'être plus forts.

Ainsi, la mastectomie a non seulement des répercussions sur les patientes, mais également sur l'entourage et notamment sur le partenaire. Or, il est étonnant de constater que les recherches dans ce domaine ont, à ce jour, peu exploré l'influence du partenaire, ou, plus généralement, du couple sur l'ajustement de la patiente à la maladie et aux traitements.

Le *coping* est un concept qui a été développé par Lazarus et Folkman [21]. Il correspond aux diverses stratégies mises en œuvre par le sujet pour faire face à un événement stressant. Le *coping* a essentiellement été étudié dans une perspective individuelle, et peu de recherches se sont intéressées aux stratégies mises en place par le couple lorsqu'un des deux partenaires est confronté à une situation aversive. Dans les années 1990, Bodenmann propose un modèle systémique et transactionnel pour mieux comprendre le phénomène de stress dans le mariage [4,5,27]. En effet, le stress et sa gestion seraient un phénomène interactif entre les deux partenaires, les signes de stress de l'un déclenchant des réactions de gestion chez l'autre (gestion dyadique du stress). Selon Bodenmann, le *coping* dyadique correspond à « l'ensemble des efforts d'un ou des deux partenaires destinés à gérer les événements stressants, ainsi que les tensions éprouvées par l'un (stress individuel) ou par les deux partenaires (stress dyadique). Il comprend les stratégies de gestion destinées au maintien ou à la restauration de l'équilibre structurel, fonctionnel, comportemental, émotionnel et social du système dyadique ainsi que l'équilibre de chaque partenaire »[1]. Trois phases importantes constitueraient le processus de gestion dyadique du stress :

- *la communication autour du stress*, c'est-à-dire le fait de parler de son stress à son partenaire, de lui demander un soutien pratique ou émotionnel ;
- *le coping dyadique,* c'est-à-dire la réaction des partenaires suite à cette communication ;
- *le feed-back,* c'est-à-dire l'efficacité perçue et la satisfaction associées à la gestion du stress à l'intérieur du couple.

Selon Bodenmann[2], le *coping* dyadique peut se présenter sous plusieurs formes (positives ou négatives) :

- *la gestion commune* qui correspond aux efforts des deux partenaires pour faire face à un problème. Ces stratégies peuvent être centrées sur le problème (essayer de gérer ensemble le problème et trouver des solutions concrètes) ou sur les émotions (discuter de ses sentiments et les exprimer afin de se calmer) ;
- *le soutien dyadique positif* qui correspond à toutes les formes de soutien qu'un des partenaires va apporter à l'autre pour faire face à une situation stressante. Comme pour la gestion commune, il existerait des stratégies centrées sur le problème (aider son partenaire à voir la situation sous un autre angle, à relativiser le problème) et sur les émotions (donner le sentiment à son partenaire de le comprendre et de s'intéresser à son stress) ;
- *le soutien dyadique négatif* qui inclut des aspects négatifs du *coping* dyadique avec des caractéristiques hostiles (faire comprendre à son partenaire que l'on ne veut absolument pas être concerné[e] par ses problèmes), ambivalentes et superficielles (soutenir son partenaire, mais le faire sans motivation).

[1] Bodenmann [5], p. 141.

[2] Pour plus de précisions sur ces différentes formes de gestion dyadique du stress, se référer aux publications de Bodenmann [4,5,27].

La gestion dyadique du stress est donc un concept psychologique qui a été développé pour théoriser un aspect de la relation conjugale. Le *coping* dyadique y est considéré comme une ressource qui correspond à la manière habituelle dont le couple fait face au stress. Par exemple, une étude menée auprès de 600 couples a montré que le *coping* dyadique est lié à la satisfaction conjugale ainsi qu'au fonctionnement et au vécu du mariage. Ainsi, les couples les moins satisfaits de leur relation conjugale recourraient plus que les autres à un soutien dyadique négatif [5]. La gestion dyadique du stress traduit donc une interaction entre deux partenaires, mais également la qualité de cette interaction. La validité prédictive de ce concept a d'ailleurs récemment été établie avec la qualité des relations conjugales évaluée deux ans plus tard [8].

À l'heure actuelle, les résultats de la littérature portant sur la gestion dyadique du stress concernent principalement des couples « sains » (dont les membres ne présentent pas de pathologie). Toutefois, les études commencent à se développer dans le champ de la maladie somatique, essentiellement à l'étranger. À notre connaissance, aucune recherche française ne s'est à ce jour intéressée à ce concept dans le cadre du cancer du sein et de la reconstruction mammaire. Or, le cancer du sein va avoir diverses conséquences sur la patiente, mais également sur sa vie familiale et notamment sa vie conjugale. Nous pouvons donc nous interroger sur le rôle que peut avoir cette forme de gestion du stress sur l'ajustement des patientes à un cancer du sein et, plus particulièrement, à une reconstruction mammaire.

Nous nous proposons donc d'explorer les liens entre gestion dyadique du stress, qualité de vie et image du corps, chez des patientes ayant eu recours à une reconstruction mammaire différée.

2. Méthode

2.1. Hypothèse

L'hypothèse générale de cette étude est que le recours à une gestion dyadique du stress (communication autour du stress importante, recours à des formes de *coping* dyadique positif, sentiment d'efficacité perçu et de satisfaction élevé) influencera positivement l'ajustement de la patiente à la reconstruction mammaire, en termes de qualité de vie et de satisfaction corporelle.

2.2. Population d'étude

L'échantillon se compose de 29 patientes, âgées en moyenne de 51 ans (± 8 ans) avec une étendue allant de 39 à 69 ans. Toutes ces femmes vivent maritalement ou en concubinage, en moyenne depuis 24 ans (± 10 ans). Une seule femme a vécu un divorce, mais ce dernier a eu lieu avant le diagnostic de cancer du sein. L'ensemble de ces patientes vit donc avec le même partenaire depuis le diagnostic de cancer du sein. Quatre-vingt-six pour cent de ces femmes ont des enfants (34,5 % ont un enfant ; 37,9 % deux enfants et 10,3 % trois enfants ou plus).

Le délai écoulé entre la mastectomie et le début de la reconstruction mammaire est très différent d'une femme à l'autre : il varie de moins de six mois à plus de sept ans, avec une moyenne autour de 16 mois.

Ces patientes ont toutes été opérées dans une clinique bordelaise. Douze ont bénéficié d'une reconstruction mammaire avec une prothèse seule[3], dix ont eu une reconstruction mammaire par lambeau grand dorsal[4] et sept ont eu un lambeau grand droit[5]. Lors de l'inclusion dans l'étude, la reconstruction mammaire était achevée depuis deux ans et demi en moyenne (± 22 mois)[6].

Sur l'ensemble des 29 patientes, 28 étaient satisfaites de l'intervention. Une seule patiente a fait part de sa déception par rapport à l'intervention, déception principalement liée à des problèmes de peau et de cicatrisation. À travers leur discours, il semblait que chacune d'entre elles avait « accepté » son sein reconstruit, l'avait fait sien, l'avait intégré à son schéma corporel (exceptée la patiente évoquée précédemment).

Dans le cadre précis de cette étude, aucune investigation psychiatrique préalable n'a été faite auprès de ces patientes. Cependant, il a été vérifié dans les dossiers médicaux qu'aucune de ces patientes ne présentait d'antécédents psychiatriques, plus particulièrement en ce qui concerne les troubles de la personnalité. Au moment de l'évaluation, nous avons néanmoins constaté que deux patientes présentaient des symptômes dépressifs.

2.3. Outils

Trois outils ont été utilisés pour cette étude.

2.3.1. Gestion dyadique du stress

La gestion dyadique du stress a été évaluée à l'aide du FDCT-N (Fragenbogen zur Erfassung des Dyadischen Copings als generelle Tendenz - Neue Version) de Bodenmann (2000) qui est composé de 41 items cotés en six points (de jamais à toujours).

Ce questionnaire permet d'évaluer les trois phases importantes du processus de gestion dyadique du stress :

- *la communication autour du stress* qui correspond à la tendance habituelle du sujet à parler de son stress à son partenaire et à lui demander un soutien pratique et/ou émotionnel. Cette dimension est évaluée du partenaire vers le répondant et inversement, du répondant vers le partenaire ;
- *le coping dyadique* qui correspond à la réaction habituelle du partenaire suite à la communication autour du stress. Elle

[3] Cette technique consiste à placer une prothèse derrière les muscles du thorax.

[4] Cette technique consiste à prélever une palette de peau au niveau du dos, ainsi que le muscle sous-jacent et à ramener ce lambeau sur le thorax.

[5] Cette technique est semblable à la précédente, mais consiste à prélever le lambeau au niveau de l'abdomen.

[6] L'objet de notre étude n'étant pas d'évaluer l'influence de ces variables sociodémographiques et médicales (âge, délai entre la mastectomie et la reconstruction mammaire et temps écoulé depuis la fin de la reconstruction), nous avons au préalable vérifié que ces trois variables n'avaient pas d'effet sur nos critères.

comprend le *coping* dyadique positif (composé du soutien du partenaire vers le répondant, du soutien du répondant vers le partenaire et de leur gestion commune du stress) et le *coping* dyadique négatif (composé du soutien négatif de la part du partenaire vers le répondant, du répondant vers son partenaire et de l'évitement réciproque de la gestion du stress). Le score obtenu à cette dimension se calcule en soustrayant le score de *coping* dyadique négatif à celui de *coping* dyadique positif ;
- *l'efficacité perçue et la satisfaction* relative à la façon dont le stress est habituellement géré à l'intérieur du couple.

Les qualités psychométriques de cette échelle sont satisfaisantes. Un score élevé à chacune de ces dimensions indique que le répondant pense que, d'une manière générale, la communication autour du stress, le *coping* dyadique (positif) et l'efficacité perçue et la satisfaction de la gestion du stress sont élevés au sein de son couple.

2.3.2. Le WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) de l'OMS, dans sa version à 26 items

Cette version explore quatre dimensions : la santé physique, la santé psychologique, les relations sociales et l'environnement. Chaque item a un format de réponse en cinq points (de pas du tout à complètement). Nous avons choisi d'utiliser cet outil pour deux raisons principales. Tout d'abord, l'utilisation d'une échelle spécifique aux patientes atteintes d'un cancer du sein n'aurait pas été appropriée puisque les patientes de notre étude sont en rémission, et n'ont donc plus de traitement. De plus, le WHOQOL serait, actuellement, l'instrument le plus intéressant pour ses qualités psychométriques et les nombreuses normes existantes [10]. La validation de ce questionnaire a été réalisée par Leplège *et al.* [23]. Un score élevé à chacune de ces dimensions correspond à une qualité de vie élevée.

2.3.3. Questionnaire d'Image du Corps (QIC)

Le Questionnaire d'Image du Corps (QIC) de Bruchon-Schweitzer [9] est composé de 19 items bipolaires avec une échelle de réponse en cinq points. Pour chaque item, le sujet doit indiquer la façon dont il perçoit actuellement son corps. La validation de Koleck *et al.* [20], auprès de 1222 sujets, a mis en évidence un facteur général de satisfaction corporelle. Un score élevé à cette échelle correspond à une satisfaction corporelle élevée.

2.4. Procédure

Les patientes sollicitées pour participer à cette étude ont, dans un premier temps, été contactées par téléphone. Puis, si elles acceptaient de participer, une rencontre leur était proposée. Au cours d'un entretien, il leur était alors demandé de compléter le protocole de cette étude. Nous avons obtenu un taux de participation de l'ordre de 82 %.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS®. Nous avons effectué des régressions linéaires multiples descendantes afin d'identifier le meilleur modèle explicatif. Pour chaque analyse, les trois dimensions de la gestion dyadique du stress (FDCT-N) ont été considérées comme des variables explicatives, et les quatre dimensions de la qualité de vie (WHOQOL) ainsi que la satisfaction corporelle (QIC) ont été considérées comme des variables dépendantes.

3. Résultats

3.1. Gestion dyadique du stress et qualité de vie

3.1.1. Gestion dyadique du stress et qualité de vie physique

Les analyses montrent que le meilleur modèle est celui comprenant le *coping* dyadique et l'efficacité/satisfaction. Néanmoins, nous constatons qu'il n'est pas significatif ($F = 1{,}51$ et $p = 0{,}23$). Nous pouvons donc en conclure qu'aucune des trois dimensions de la gestion dyadique du stress ne prédit la qualité de vie physique de nos patientes.

3.1.2. Gestion dyadique du stress et qualité de vie psychologique

Le meilleur modèle est celui qui comprend le *coping* dyadique et l'efficacité/satisfaction (Tableau 1). Ce modèle explique 41 % de la variance totale de la qualité de vie psychologique. L'ensemble du modèle est significatif ($F = 9{,}02$ et $p < 0{,}001$). Néanmoins, le *coping* dyadique ne prédit pas significativement la qualité de vie psychologique des patientes ($\beta = -0{,}36$ et $p = 0{,}18$). L'efficacité/satisfaction est l'unique variable qui prédit ce critère ($\beta = 0{,}91$ et $p < 0{,}01$). Plus précisément pour nos patientes, avoir le sentiment que la gestion du stress à l'intérieur du couple est efficace et satisfaisante prédit une bonne qualité de vie psychologique.

3.1.3. Gestion dyadique du stress et qualité de vie sociale

Comme pour la qualité de vie psychologique, le meilleur modèle est celui qui comprend le *coping* dyadique et l'efficacité/satisfaction (Tableau 2). Ce modèle explique 43 % de la variance de ce critère. L'ensemble du modèle est significatif ($F = 9{,}88$ et $p < 0{,}001$). Mais, le *coping* dyadique est la seule variable qui prédit significativement la qualité de vie sociale de nos patientes ($\beta = 0{,}80$ et $p < 0{,}01$). Plus précisément, le recours à un soutien dyadique positif et à une gestion commune du stress au sein du couple prédit une bonne qualité de vie sociale.

3.1.4. Gestion dyadique du stress et qualité de vie environnementale

Le meilleur modèle est celui qui comprend la communication autour du stress (Tableau 3). Ce modèle explique 16 % de la variance de la qualité de vie environnementale. L'ensemble

Tableau 1
Contribution des trois dimensions du questionnaire de gestion dyadique du stress (FDCT-N) à la variation du critère « qualité de vie psychologique »

	F	R2	R2 ajusté	β standardisé
Modèle à 2 variables	9,02***	0,41	0,36	
Gestion dyadique				–0,36
Efficacité/satisfaction				0,91**

*$p < 0{,}05$; **$p < 0{,}01$; ***$p < 0{,}001$.

Tableau 2
Contribution des trois dimensions du questionnaire de gestion dyadique du stress (FDCT-N) à la variation du critère « qualité de vie sociale »

	F	R2	R2 ajusté	β standardisé
Modèle à 2 variables	9,88***	0,43	0,38	
Gestion dyadique				0,80**
Efficacité/satisfaction				–0,18

*$p < 0,05$; **$p < 0,01$; ***$p < 0,001$.

Tableau 3
Contribution des trois dimensions du questionnaire de gestion dyadique du stress (FDCT-N) à la variation du critère « qualité de vie environnementale »

	F	R2	R2 ajusté	β standardisé
Modèle à 1 variable	5,50*	0,16	0,13	
Communication du stress				0,41*

*$p < 0,05$ ** ; $p < 0,01$ *** ; $p < 0,001$.

du modèle est significatif (F = 5,50 et $p < 0,05$). Nous pouvons en conclure qu'au sein de notre échantillon le fait de parler de son stress avec son partenaire et de solliciter son aide prédit une bonne qualité de vie environnementale (β = 0,41 et $p < 0,05$).

3.2. Gestion dyadique du stress et image du corps

Le meilleur modèle est celui qui comprend la communication autour du stress et l'efficacité/satisfaction (Tableau 4). Ce modèle explique 37 % de la variance de l'image du corps. L'ensemble du modèle est significatif (F = 7,63 et $p < 0,01$). Néanmoins, à l'intérieur de ce modèle, la communication autour du stress ne prédit pas significativement l'image du corps (β = 0,23 et $p = 0,27$). En revanche, un score élevé d'efficacité/satisfaction de la gestion du stress prédit une satisfaction corporelle importante (β = 0,42 et $p < 0,05$). En d'autres termes chez nos patientes, avoir le sentiment que la gestion du stress à l'intérieur du couple est efficace et satisfaisante prédit une bonne image du corps.

4. Discussion

Il est tout d'abord intéressant de constater que les trois phases du processus de gestion dyadique du stress, évaluées par le FDCT-N, n'ont pas les mêmes effets selon les critères considérés. En effet, nos résultats mettent en évidence, d'une part, que la communication autour du stress prédit la qualité de vie environnementale, d'autre part, que le *coping* dyadique prédit la qualité de vie sociale et, enfin, que l'efficacité perçue et la satisfaction de la gestion du stress prédisent la qualité de vie psychologique et la satisfaction corporelle. Ces résultats sont donc compatibles avec notre hypothèse et vont dans le sens de la littérature [5]. En revanche, en ce qui concerne la qualité de vie physique, nous n'avons trouvé aucun résultat significatif. Si quelques études ont mis en évidence une dégradation importante de la qualité de vie physique suite à un cancer du sein [16,17], nos résultats suggèrent, quant à eux, que les trois dimensions du processus de gestion dyadique du stress n'auraient pas d'influence sur la qualité de vie physique, à l'issue d'une reconstruction mammaire différée.

Tableau 4
Contribution des trois dimensions du questionnaire de gestion dyadique du stress (FDCT-N) à la variation du critère « satisfaction corporelle »

	F	R2	R2 ajusté	β standardisé
Modèle à 2 variables	7,63**	0,37	0,32	
Communication du stress				0,23
Efficacité/satisfaction				0,42*

*$p < 0,05$ ** ; $p < 0,01$ *** ; $p < 0,001$.

4.1. Communication autour du stress et qualité de vie environnementale

D'après nos résultats, les patientes ayant une bonne qualité de vie environnementale sont celles dont le couple aurait recours à une bonne communication autour du stress ; c'est-à-dire lorsque les deux partenaires parlent de leur stress et s'aident mutuellement lorsqu'ils en ressentent le besoin. Dans le WHOQOL, la qualité de vie environnementale correspond à un sentiment général de sécurité et à une satisfaction relative à son environnement physique (pollution, bruit. . .), aux ressources financières, aux opportunités de loisirs, à l'habitat, aux moyens de transport, ainsi qu'à l'accès aux soins.

Notre résultat, qui confirme notre hypothèse de départ, pourrait être mis en lien avec certaines données de la littérature, notamment celles qui concernent le contrôle des émotions chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. En effet, le contrôle des émotions affecterait négativement la qualité de vie et le bien-être ultérieurs de ces patientes [10,13]. Le fait de parler de son stress à son partenaire pourrait alors révéler la capacité de la patiente à communiquer ses émotions (ou à s'autoriser à communiquer ses émotions) et à solliciter de l'aide.

Ainsi, la communication autour du stress au sein du couple pourrait être une variable protectrice, facilitant l'ajustement au cancer du sein et à la reconstruction mammaire. Nous pouvons également penser qu'il est d'autant plus facile de parler de son stress à son conjoint que les conditions environnementales sont favorables à cette communication (contexte perçu comme sécure).

Cependant, si le fait de parler de son stress à son conjoint est protecteur, il est étonnant de constater que cette dimension du processus de gestion dyadique du stress n'est liée à aucun autre critère dans notre recherche.

4.2. Coping dyadique et relations sociales

Le recours à un *coping* dyadique (positif) au sein du couple favoriserait une qualité de vie sociale importante chez nos patientes. Nos résultats montrent que l'ensemble du modèle constitué par le *coping* dyadique et l'efficacité/satisfaction explique 43 % de la variance de la qualité de vie sociale, ce qui est un pourcentage élevé. Le *coping* dyadique étant le reflet de la capacité du couple à se soutenir face au stress et aux efforts entrepris pour y faire face, ce résultat, qui va dans le sens de notre hypothèse, suggère deux pistes de réflexions :

- d'une part, le recours à un *coping* dyadique au sein du couple pourrait aider la patiente à maintenir ou à développer ses relations sociales lorsqu'elle est confrontée au cancer, puis à la reconstruction mammaire. En effet, nous avons pu constater qu'après le diagnostic et pendant les traitements, les femmes ont généralement tendance à s'isoler socialement. Leur vie est alors centrée sur leurs relations avec leur conjoint et leurs proches, essentiellement leurs enfants ;
- d'autre part, le *coping* dyadique permet d'apprécier la capacité de la personne à obtenir du soutien de son partenaire et à lui en donner. Le FDCT-N n'évalue cette aptitude qu'au sein du couple ; or les liens entre le *coping* dyadique et la qualité de vie sociale suggèrent que les patientes de notre étude, qui ont recours à cette forme de gestion, sont également plus enclines à donner et obtenir du soutien d'autrui plus généralement.

Dans tous les cas, nous pouvons penser que le *coping* dyadique au sein de couples dont la femme a eu recours à une reconstruction mammaire différée constitue un facteur protecteur, facilitant l'ajustement social de la patiente.

Nous n'avons pas trouvé de relation significative entre le *coping* dyadique et nos autres critères d'ajustement : la qualité de vie psychologique, physique et environnementale ainsi que l'image du corps. Ces résultats sont différents de ceux mis en évidence pour le *coping* individuel. En effet, les études menées sur les stratégies de *coping* individuelles révèlent des liens étroits entre ces stratégies et divers critères étudiés, la qualité de vie notamment [10]. Il convient donc de contrevalider ces résultats dans des études ultérieures.

4.3. Efficacité perçue et satisfaction de la gestion du stress et ajustement psychologique

Un sentiment élevé d'efficacité perçue et de satisfaction de la gestion du stress est lié à une bonne qualité de vie psychologique chez nos patientes. Ce résultat rejoint celui de Schover *et al.* [29] qui ont montré que le fait d'être satisfait de ses relations conjugales prédit un bon ajustement chez des patientes ayant subi une tumorectomie ou une mastectomie avec reconstruction mammaire.

Ce sentiment d'efficacité et de satisfaction est également associé à une satisfaction corporelle élevée. Ce résultat nous semble important puisque nous n'avons trouvé aucune recherche évaluant ce lien, dans le cadre du cancer – et de la maladie plus généralement. Seule l'étude de Friedman *et al.* [14] a mis en évidence que les conflits conjugaux sont liés à l'insatisfaction corporelle, chez une cohorte de 16 377 sujets.

Nous avons pu constater que la majorité des femmes de notre étude se montraient satisfaites de leurs relations conjugales, certaines même estimant que leur couple était ressorti « plus fort » de la situation. Ces patientes se sentaient réellement soutenues par leur conjoint, et le regard de ce dernier n'était pas perçu comme intrusif. Cela les aidait à faire face à la mastectomie, à entreprendre des démarches en vue d'une reconstruction mammaire, puis à accepter le sein reconstruit, à l'intégrer à leur image corporelle.

L'entourage familial et social n'est pas toujours enthousiaste face à la reconstruction mammaire, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de femmes âgées. Certaines femmes sont donc amenées à prendre cette décision avec très peu de soutien, ce qui peut contribuer à expliquer les résultats que nous avons obtenus.

En ce qui concerne nos analyses, il convient de rappeler que les deux modèles prédictifs de la qualité de vie psychologique et de l'image corporelle présentent des pourcentages de variance expliquée élevés (respectivement, 41 et 37 %). Ces résultats nous permettent de souligner l'importance de ce sentiment d'efficacité et de satisfaction relatif à la gestion dyadique du stress sur l'ajustement psychologique des patientes.

5. Limites et perspectives de cette étude

Les études transversales et quantitatives présentent principalement deux limites. D'une part, les recherches transversales ne permettent pas de conclure en terme de causalité. D'autre part, les études quantitatives ou objectivantes sont forcément très ciblées et ne permettent pas de rendre compte de toutes les réalités cliniques.

En ce qui concerne notre étude plus précisément, plusieurs limites peuvent être formulées. Tout d'abord, notre échantillon est composé seulement de 29 patientes, ce qui constitue un effectif faible. Même si nous trouvons des résultats significatifs, ils seraient à répliquer dans une nouvelle étude avec un échantillon plus important. Une seconde limite de cette étude concerne le biais de recrutement. En effet, toutes nos patientes ont été opérées par un chirurgien plasticien travaillant dans le secteur privé : ces sujets appartiennent donc à un milieu plutôt favorisé. Cependant, il est important de noter que même si l'opération est intégralement remboursée, ce sont généralement les femmes issues de milieux favorisées qui ont recours à ce type d'intervention. Ainsi, une étude de Morrow et al. [25] montre que le fait d'être jeune et d'avoir un statut socioéconomique élevé est prédictif du recours à la reconstruction mammaire.

Un autre biais de recrutement est lié à la transversalité de l'étude. L'ensemble de nos patientes vit en couple depuis de nombreuses années (bien avant que ne soit diagnostiqué leur cancer). Notre échantillon est donc composé de patientes dont le couple a surmonté cette épreuve ce qui constitue un premier indicateur de la qualité de leur relation et de leur capacité à faire face à des événements générateurs de stress. Seule une étude prospective incluant des patientes au tout début des traitements contre le cancer aurait permis de constater l'effet de la maladie sur la relation conjugale, mais également sur le nombre de séparations liées à cet événement de vie majeur.

Toutefois, nos résultats montrent que chaque phase de la gestion dyadique du stress a son importance dans l'explication de l'ajustement à la reconstruction mammaire. Cette étude pointe donc l'intérêt de travailler avec le couple afin de permettre aux partenaires d'identifier leurs ressources personnelles et conjugales. Cela devrait aider ensuite le couple à mieux mobiliser ses compétences pour développer les stratégies

efficaces pour faire face à la maladie. Les femmes de notre étude étaient plutôt âgées et vivaient en couple depuis de nombreuses années. Cependant, nous pouvons penser que ce type de prise en charge sera encore plus efficace chez les jeunes couples (partenaires jeunes, mais également relations récentes), qui peuvent se sentir plus en difficulté face au cancer, plus démunis, plus fragiles.

Bodenmann et ses collaborateurs ont élaboré un « programme antistress » pour les couples. L'objectif de ce programme est d'aider les partenaires à développer des compétences individuelles et dyadiques pour faire face au stress. L'efficacité de ce programme a été évaluée à court et à long terme auprès de couples recrutés par des annonces publicitaires [6,7,28]. Il nous semble qu'il existe aujourd'hui une réelle nécessité de mettre à l'épreuve ce « programme antistress » auprès de couple dont un membre a un cancer.

Ainsi, un prolongement possible de cette recherche serait d'identifier les compétences conjugales les plus bénéfiques selon le stade de la maladie (diagnostic, traitement, chirurgie reconstructrice, rémission, récidive) et leur influence à court et à long terme, afin d'améliorer la prise en charge des sujets.

6. Conclusion

Notre étude présente l'originalité d'explorer le rôle de la gestion dyadique du stress dans l'ajustement à une reconstruction mammaire différée. Une communication importante autour du stress au sein du couple, le recours à un *coping* dyadique (soutien du partenaire et mise en place d'efforts communs), ainsi qu'un sentiment élevé d'efficacité perçue et de satisfaction par rapport à la gestion du stress pourraient être des facteurs protecteurs importants à prendre en compte pour apprécier les modalités d'ajustement des patientes au cancer du sein et à une reconstruction mammaire. Il convient de confirmer ces premiers résultats dans une étude longitudinale et auprès d'un échantillon de patientes plus important. Néanmoins, ceux-ci nous permettent d'ores et déjà de souligner la nécessité de proposer une aide et un soutien, non seulement aux patients, mais également à la dyade patient–conjoint, si l'on souhaite optimiser l'ajustement des sujets confrontés à la maladie (ici, le cancer) et aux traitements (ici, la mastectomie et la reconstruction mammaire différée).

Références

[1] Al-Ghazal SK, Sully L, Fallowfield L, Blamey RW. The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. J Surg Oncol 2000;26:17–9.

[2] Andrade WN, Baxter N, Semple JL. Clinical determinants of patients satisfaction with breast reconstruction. Plast Reconstr Surg 2001;107: 46–54.

[3] Arora NK, Gustafson DH, Hawkins RP, McTavish F, Cella DF, Pingree S, et al. Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma. Cancer 2001;92:1288–97.

[4] Bodenmann G. A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples. Swiss J Psychol 1995;54:34–49.

[5] Bodenmann G. Dyadic coping: A systemic-transactional view of stress and coping among couples: Theory and empirical findings. Eur Rev Appl Psychol 1997;47:137–41.

[6] Bodenmann G, Charvoz L, Cina A, Widmer K. Prevention of marital distress by enhancing the coping skills of couples: 1-year follow-up-study. Swiss J Psychol 2001;60:3–10.

[7] Bodenmann G, Perrez M, Cina A, Widmer K. The effectiveness of a couple-focused prevention approach: A two-year longitudinal study. Swiss J Psychol 2002;61:195–202.

[8] Bodenmann G, Pihet S, Kayser K. The relationship between dyadic coping and marital quality: A 2-year longitudinal study. J Fam Psychol 2006;20:485–93.

[9] Bruchon-Schweitzer M. Une psychologie du corps. Paris: PUF; 1990.

[10] Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la santé. Modèles concepts et méthodes. Paris: Dunod; 2002.

[11] Charavel M, Bremond A. Motivations des femmes pour la reconstruction mammaire après mastectomie. Étude comparative. Bull Cancer 1996;83:46–53.

[12] Cocquyt VF, Blondeel PN, Depypere HT, Van de Sijpe KA, Daems KK, Monstrey SJ, et al. Better cosmetic results and comparable quality of life after skin-sparing mastectomy and immediate autologous breast reconstruction compared to breast conservative treatment. Br J Plast Surg 2003;56:462–70.

[13] Cousson-Gélie F. Breast cancer, coping and quality of life: A semi-prospective study. Eur Rev Appl Psychol 2000;50:315–20.

[14] Friedman MA, Dixon AE. Marital status, marital satisfaction, and body image dissatisfaction. Int J Eat Disord 1999;26:81–5.

[15] Fyad JP, Clough KB. Quelle reconstruction après mastectomie ? Gynecol Obstet Fertil 2003;31:476–80.

[16] Ganz PA, Coscarelli A, Fred C, Kahn B, Polinsky ML, Petersen L. Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. Breast Cancer Res Treat 1996;38:183–99.

[17] Ganz PA, Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: Understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. J Clin Oncol 1998;16:501–14.

[18] Handel N, Silverstein MJ, Waisman E, Waisman JR. Reasons why mastectomy patients do not have breast reconstruction. Plast Reconstr Surg 1990;86:1118–25.

[19] Hartcourt DM, Rumsey NJ, Amber NR, Cawthorn SJ, Reid CD, Maddox PR, et al. The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: A Prospective, Multicenter Study. Plast Reconstr Surg 2003;111:1060–8.

[20] Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Cousson-Gélie F, Gilliard J, Quintard B. The Body-Image Questionnaire: An extension. Percept Mot Skills 2002;94:189–96.

[21] Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.

[22] Lehmann A. Incidences psychologiques de la chirurgie du sein. In: Petit JY, editor. Cancer du sein, Chirurgie diagnostique curative et reconstructrice. Niort: Medsi/McGraw-Hill. 1991.

[23] Leplège A, Réveillère C, Ecosse E, Caria A, Rivière H. Propriétés psychométriques d'un nouvel instrument d'évaluation de la qualité de vie, le WHOQOL-26, à partir d'une population de malades neuro-musculaires. Encephale 2000;26:13–22.

[24] Meyerowitz BE, Desmond KA, Rowland JH, Wyatt GE, Ganz PA. Sexuality following breast cancer. J Sex Marital Ther 1999;25: 237–50.

[25] Morrow M, Scott SK, Menck HR, Mustoe TA, Winchester DP. Factors influencing the use of breast reconstruction postmastectomy: A national cancer database study. J Am Coll Surg 2001;192:1–8.

[26] Reaby LL. Reasons why woman who have mastectomy decide to have or not to have breast reconstruction. Plast Reconstr Surg 1998;107:1810–8.

[27] Revenson T, Kayser K, Bodenmann G. Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping. Washington, DC: American Psychological Association; 2005.

[28] Ryser V-A, Charvoz L, Cina A, Bodenmann G. Programme antistress pour couple: son efficacité sur deux ans concernant la qualité et la satisfaction conjugale. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive 2003;13:157–63.

[29] Schover LR, Yetman RJ, Tuaso LJ, Meisler E, Esselstyn CB, Hermann RE, et al. Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of the

effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. Cancer 1995;95:54–63.

[30] Wilkins EG, Cerderna PS, Lowery JC, Davis JA, Myra Kim H, Roth RS, et al. Prospective analysis of psychosocial outcomes in breast reconstruction: One-year postoperative results from the Michigan breast reconstruction outcome study. Plast Reconstr Surg 2000;106: 1014–27.

[31] Yurek D, Farrar W, Andersen BL. Breast Cancer Surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. J Consult Clin Psychol 2000;68: 697–709.

[32] Zyberberg B, Dormont D, Uzan S, Ferrand S, Antoine JM, Madelenat P, et al. Analyse de la qualité de vie chez des patients traités pour un cancer du sein. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1994;23:865–73.