

## Tables des matières

Résumé .....	ii
Liste des tableaux .....	v
Liste des figures .....	vi
Remerciements .....	ii
Introduction.....	1
Etat des connaissances et question de recherche .....	3
Le cancer de la prostate et ses traitements .....	4
Les complications suite aux traitements .....	12
La qualité de vie des hommes suite à un cancer de la prostate .....	12
L'impact du cancer de la prostate sur la vie des conjoints.....	8
Les stratégies d'adaptation dyadiques.....	9
Question de recherche.....	10
Cadre de référence .....	11
Méthode .....	15
Devis .....	16
Banques de données .....	16
Mots Mesh.....	17
Critères de sélection .....	17
Stratégies et analyses de recherche.....	18
Grilles d'analyse.....	19
Résultats .....	20
Qualité méthodologique des articles sélectionnés .....	21
Présentation des résultats.....	21
Les stratégies d'adaptation positives en termes de coping.....	22
Les stratégies d'adaptation négatives en termes de coping .....	25
Les stratégies d'adaptation dyadiques.....	26
Les prédicteurs et les facteurs influençant la détresse psychologique et la qualité de vie .....	29
Discussion .....	31
Stratégies centrées sur l'émotion.....	32
Stratégies centrées sur la recherche du soutien social.....	33
Stratégies centrées sur le problème .....	34

Limites et points forts de la revue de littérature .....	35
Implications pour la pratique infirmière .....	36
Conclusion.....	38
Références .....	40
Appendice A : déclaration d'authenticité .....	43
Appendice B : les stratégies de recherches .....	
Appendice C : les grilles d'analyses .....	
Appendice D : les instruments de mesure et échelles utilisés dans les études .....	
Appendice E : récapitulatif des études sélectionnées et analysées .....	

## Liste des tableaux

Tableau 1 <i>Mots clés et termes mesh</i> .....	17
---	----

## Liste des figures

Figure 1 Echelle du score de Gleason. ....	5
Figure 2 Processus de recherche .....	19

## **Remerciements**

Nous remercions notre directrice de ce travail de Bachelor Madame Eliane Schenevey Perroulaz pour son soutien, sa disponibilité, ses conseils et son accompagnement rigoureux tout au long du projet.

Un merci particulier à nos familles pour la correction de notre travail ainsi qu'à nos amis pour leur soutien tout au long de cette période.

## **Introduction**

Selon la ligue Suisse contre le cancer (2017), le cancer de la prostate touche environ 6200 nouveaux cas chaque année, la majorité étant âgée de plus de 50 ans. Le cancer affecte le couple comme une unité plutôt que comme des individus isolés. Dès le moment du diagnostic, les patients et leurs conjoint(e)s doivent constamment réajuster et s'adapter aux étapes engendrées par la maladie et ses traitements, telles que la gestion des responsabilités du ménage, la famille, les enfants, la négociation des changements dans les rôles familiaux et professionnels ainsi que l'interférence entre les plans de vie future [traduction libre] (Li, Mak, & Loke, 2013, p. 178-179). Le but de ce travail est donc d'identifier les stratégies d'adaptation mises en place par les conjoint(e)s. Le terme conjoint(e) est adopté pour le travail suite à la lecture des articles scientifiques qui ne précisaient pas toujours le genre.

Le modèle théorique du coping, qui consiste à élaborer des stratégies pour maîtriser, réduire ou tolérer une situation stressante, est utilisé comme cadre de référence (Bruchon - Schweitzer, 2001). Suite à l'analyse des articles trouvés dans les bases de données concernant le sujet, les résultats sont regroupés en quatre thématiques : les stratégies d'adaptation positives en termes de coping, les stratégies d'adaptation négatives en termes de coping, les stratégies d'adaptation dyadiques ainsi que les prédicteurs et les facteurs influençant la détresse psychologique et la qualité de vie. Dans la discussion, en lien avec les trois thématiques des résultats, les trois stratégies d'adaptation principales sont exposées : les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion, la recherche du soutien social et les stratégies centrées sur le problème. Ce dernier chapitre permet également d'exposer les implications pour la pratique infirmière ainsi que les forces et limites de cette revue de littérature.

## **Etat des connaissances et question de recherche**



## Le cancer de la prostate et ses traitements

Selon la ligue Suisse contre le cancer (2017) :

« Chaque année, on dénombre 6200 nouveaux cas de cancer de la prostate, ce qui en fait le cancer le plus fréquent ; il représente 29% des cancers chez l'homme. Pratiquement tous les patients (99%) ont plus de 50 ans au moment du diagnostic ; 47% ont même 70 ans et plus ».

La prostate est une glande présente chez l'homme et fait partie du système reproducteur masculin. L'homme peut vivre sans ; cependant elle est indispensable à la fertilité. Les testicules produisent des spermatozoïdes qui vont se rendre, via le canal déférent, au niveau des vésicules séminales servant de réservoir aux spermatozoïdes. La prostate entoure la partie supérieure de l'urètre, qui est située immédiatement sous le col de la vessie. Sa fonction est de produire des sécrétions contribuant à former le sperme et à se mélanger aux spermatozoïdes afin d'assurer l'alcalinité et la qualité de la mobilité. Lors du coït, les sécrétions sont acheminées via le conduit déférent jusqu'à l'extrémité du pénis. En effet, il se prolonge par le canal éjaculateur et se termine par l'urètre (Smeltzer, Bare, Longpré, & Pilote, 2011). Le cancer de la prostate prend naissance dans les cellules glandulaires. Il en résulte d'une multiplication anormale et désordonnée des cellules dont la croissance échappe au mécanisme de contrôle qui régule le développement des tissus normaux. Le cancer a tendance à s'étendre aux tissus voisins par le biais des voies sanguines et lymphatiques, ce qui amène alors à des métastases (Ellsworth, Heaney, Gill, Camilleri, & Cosset, 2009, p.27). Afin de procéder à un dépistage du cancer, le médecin va effectuer divers examens. Une anamnèse, une palpation de la prostate par le toucher rectal et une analyse de la valeur du taux de protéine antigène prostatique spécifique (PSA) vont être effectuées. La PSA est présente dans le sang et permet de fluidifier le sperme. Lors d'un cancer, le taux de cette valeur est élevé (Jenny, Marti, Schär, & Witschi, 2015). Une biopsie prostatique par échographie



transrectale va être pratiquée pour confirmer le diagnostic et déterminer l'agressivité des cellules cancéreuses selon une échelle appelée « score de Gleason ». Un bilan d'extension comprenant d'autres examens telle que l'imagerie (IRM, scintigraphie, examen tomodensitométrique) sera également effectué (Ellsworth et al., 2009).

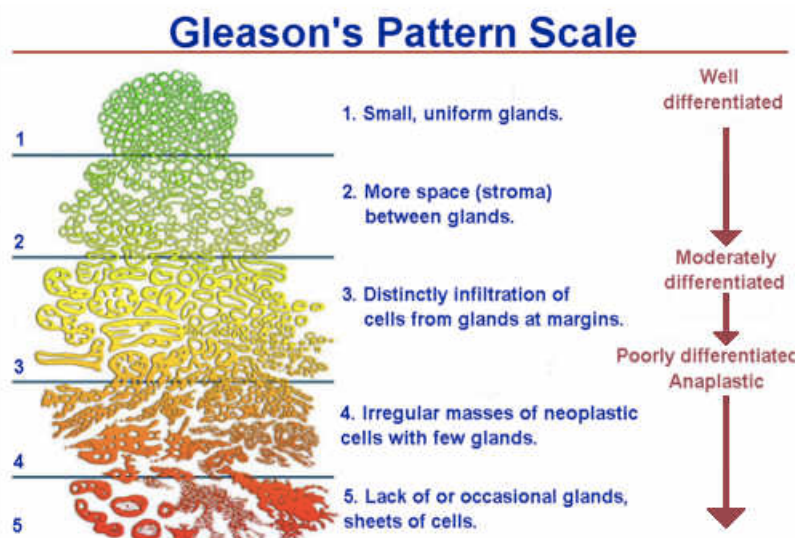


Figure 1. Echelle du score de Gleason

(Esserman, Thompson, & Reid, 2013)

La société canadienne du cancer (2016) développe les signes et symptômes :

« Il est possible que le cancer de la prostate ne cause aucun signe et symptôme aux tout premiers stades, car, en général, il se développe lentement. Les symptômes apparaissent lorsque la tumeur augmente de taille ou se développe dans les tissus et les organes voisins. Les changements des mictions, la présence de sang dans l'urine ou le sperme et les douleurs lors de l'éjaculation sont les symptômes les plus fréquents ».

Il existe différents traitements qui vont être choisis selon les besoins de chaque personne, l'espérance de vie, les comorbidités et le stade du cancer. Selon le site de l'Hôpital Universitaire de Genève (HUG, 2016), la surveillance active est un traitement qui consiste à effectuer un examen clinique, un dosage de PSA, un toucher rectal et une biopsie, tous les 6 mois. En effet, lorsque celui-ci se développe très lentement, il est possible de choisir cette attitude afin d'observer et d'agir suffisamment tôt selon

la progression tumorale. Cette surveillance est proposée pour des patients âgés (Ellsworth et al., 2009).

La chirurgie consiste à une prostatectomie radicale (ablation de la prostate et des vésicules séminales) suivie par une radiothérapie externe en cas d'échec local et une mise en place d'hormonothérapie en cas de diffusion de métastases. La chirurgie est la plus préconisée lorsque le cancer est localisé. Il est recommandé, pour un stade avancé de la maladie, le traitement de radiothérapie adjuvante à la prostatectomie, pour son efficacité, malgré les complications qui s'en suivent. La curiethérapie est une radiothérapie interne qui consiste à implanter sous anesthésie générale des grains radioactifs au niveau de la prostate, durant douze mois. L'hormonothérapie est utilisée pour stopper les progrès du cancer plutôt que de le guérir. En effet, la testostérone agit sur le fonctionnement et le volume de la prostate grâce à des enzymes qui la transforment. C'est pourquoi, on administre un traitement qui va supprimer le taux de testostérone et, par conséquent, diminuer le volume de l'épithélium de la glande (Ellsworth et al., 2009 ; Smeltzer et al., 2011).

Des chercheurs ont différencié des groupes en fonction de la probabilité de progression de la tumeur : à risque faible, à risque intermédiaire et à haut risque. Ceci a pour but d'aider le médecin dans le choix de l'option thérapeutique la plus adaptée. Les patients à faible risque sont amenés à recourir à une prostatectomie totale ou à une radiothérapie. Pour les patients à haut risque et sujet à un échec, il est recommandé une combinaison thérapeutique entre l'association radiothérapie et l'hormonothérapie. Cependant, au vu des évolutions rapides du cancer de la prostate, le choix des traitements demande une certaine vigilance de la part du patient et du personnel médical (Ellsworth al., 2009, p.79-82).

### **Les complications suite aux traitements**

Toute opération chirurgicale peut présenter des risques infectieux, hémorragiques et provoquer des douleurs locales moyennement gérables. Les conséquences fonctionnelles les plus courantes suite à une chirurgie de la prostate, sont l'incontinence urinaire et l'insuffisance éjaculatrice et érectile. L'hormonothérapie, annulant les effets des hormones mâles, peut faire apparaître des signes de féminité et de dépression (Cussenot, Fournier, & Muntz, 2004 ; Ellsworth et al., 2009). Les effets secondaires de la radiothérapie externes et internes, varient selon le dosage de radiation, de la localisation et de la tolérance de l'individu. Les manifestations peuvent survenir après la deuxième, voir la troisième semaine suivant le traitement. Elle peut engendrer de fortes diarrhées, des crampes abdominales et des douleurs rectales. Les complications rectales vont d'une simple fragilité capillaire avec parfois des selles sanglantes jusqu'à des ulcères rectaux parfois graves. La radiothérapie peut engendrer une inflammation de la vessie, se manifestant par des troubles urinaires fréquents voir de l'incontinence. Suite aux rayons externes, le taux d'impuissance sexuelle varie de 10% à 50% (Ellsworth et al., 2009).

### **La qualité de vie des hommes suite à un cancer de la prostate**

La perte de la fonction urinaire a des répercussions psychologiques, matérielles, sociales et affecte la qualité de vie (Boggio, Grezet-Bento de Carvalho, & Iselin, 2004 ; Ellsworth et al., 2009). La récupération de la fonction érectile va dépendre de divers facteurs comme l'âge, la fréquence et la qualité des rapports sexuels préopératoires ainsi que l'ablation ou non des nerfs érecteurs durant l'opération. Le trouble qui a un impact sur la qualité de vie et qui diffère selon la conception de la sexualité, semble être perçu comme « une perte de la relation intime » pour l'individu et le partenaire.

La relation sexuelle n'étant qu'un aspect de la vie de couple, la plupart perçoivent le changement comme une période d'adaptation (Boggio et al., 2004).

### **L'impact du cancer de la prostate sur la vie des conjoint(e)s**

En raison de l'amélioration des thérapies, la guérison du cancer est possible. Cependant, il peut aussi être stabilisé et considéré comme une maladie chronique. Il est essentiel d'informer le patient des traitements et des effets à long terme. De ce fait, le patient et ses proches peuvent identifier leurs besoins et ressources psychosociaux afin d'améliorer leur qualité de vie [traduction libre] (Herrmann et al., 2013, p.5-6). A des degrés divers, le cancer affecte le couple comme une unité plutôt que comme des individus isolés. Dès le moment du diagnostic, les patients et leurs partenaires doivent constamment réajuster et s'adapter aux étapes engendrées par la maladie, telles que la gestion des responsabilités du ménage, la famille, les enfants, la négociation des changements dans les rôles familiaux et professionnels ainsi que l'interférence entre les plans de vie future [traduction libre] (Li et al., 2013, p.178-179). Le cancer de la prostate a un impact important sur de nombreux aspects du bien-être des partenaires. Les émotions et les stratégies d'adaptation mises en place, sont en corrélation avec celles des conjoints. Plus les hommes sont capables de faire face à leur cancer, plus l'adaptation psychologique des partenaires est facile. La communication au sein du couple, la participation aux rendez-vous ainsi que le partage des sujets difficiles comme l'intimité ou l'état de la relation permettent aux conjoints de meilleurs accompagnements et adaptations. Ils sont confrontés à surmonter divers obstacles, comme la responsabilité au sein de la famille, la modification du rôle social et l'acceptation du « nouveau corps » qui modifient leur stabilité émotionnelle et créent de la détresse psychologique [traduction libre] (Wootten et al., 2014, p.1252-1255). Les femmes qui prennent soin de leur conjoint

sont plus attentives aux émotions et sont plus susceptibles d'aider les autres. Cependant, les conjoints des patients cancéreux sont plus sujets à éprouver des passages de stress élevé, des symptômes dépressifs, une mauvaise santé, des besoins non-satisfaisant et d'être potentiellement épuisés. La détresse émotionnelle peut être élevée, voir plus importante que celle du patient lui-même (Lim, Shon, Paek, & Daly, 2014).

### **Les stratégies d'adaptation dyadiques**

Les stratégies d'adaptation dyadiques font référence aux efforts cognitifs et comportementaux conscients déployés par les membres de la dyade afin de maîtriser, tolérer et gérer les situations stressantes, en mobilisant leurs ressources. Elles se divisent en trois catégories : une tentative de changer directement la situation stressante (tenter de négocier avec le partenaire dans le but de trouver un compromis), contrôler le sens qui a été donné à l'événement stressant (ignorer les éléments frustrants ou insatisfaisants et se comparer positivement aux autres couples) et gérer les émotions négatives qui apparaissent lorsque la personne ne peut changer la situation ou sa perception. La stratégie d'adaptation dyadique peut être perçue comme positive lorsqu'elle est utilisée à bon escient, en étant empathique, solidaire, aidant, en résolvant les problèmes ensemble, en partageant les sentiments, en offrant du soutien à l'autre, etc. Cependant, elle peut être négative lorsque l'un des membres de la dyade a des comportements hostiles, est ambivalent, a du détachement et une baisse d'intérêt pour l'autre, etc. (Bélanger, Cardin, Sabourin, Lussier, & Wright, 2015).

### **Question de recherche**

Les recherches sur le cancer de la prostate ainsi que les impacts sur les patients et leurs conjoint(e)s, nous ont permis d'aboutir à une question de recherche.

**« Quelles sont les stratégies d'adaptation des conjoint(e)s des hommes atteints d'un cancer de la prostate ? »**

## **Cadre de référence**



Le coping est mis en place lorsque l'individu vit une situation stressante dans le but de « faire face ». Il élabore des stratégies pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer une situation aversive. L'individu évalue la situation stressante (cognition) en déterminant ses ressources et en recherchant des informations. Il peut également exprimer ou réprimer diverses émotions telles que la colère, la peur et la détresse psychologique (affects). Au mieux, il cherche à résoudre le problème et trouve de l'aide (comportements). Tout cela lui permet de se confronter à l'adversité, en essayant de modifier la situation et/ou de se changer lui-même pour faire face et la rendre plus tolérable (Bruchon - Schweitzer, 2001). Le coping évolue dans le temps et est influencé par le vécu des individus. Celui-ci s'apprend au quotidien et permet à la personne et à la famille de poursuivre ses buts, de se réaliser et de réussir sa vie.

Le patient et son entourage sont menés à mettre en place des stratégies de coping. Il est parfois difficile de faire face à la maladie. Le fait d'intégrer la famille et l'entourage permet de les inclure dans l'identification, l'analyse et l'interprétation des données concernant le patient (Biro, Dervaux, & Pegon, 2005). Le modèle de McGill s'appuie sur une conception des soins infirmiers, mettant en avant le partenariat entre soignant, patient et famille. L'un des ses défis est de promouvoir la santé, d'avoir une relation de « caring » tout en utilisant les ressources du patient (Formarié & Jovic, 2009 ; Paquette-Desjardins, Sauvé, Gros, & Brassard, 2015).

Selon Lazarus et Folkman (1984), « le stress est une transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être ». Les stratégies d'adaptation mises en place sont individuelles, singulières et dépendent des croyances ou de la motivation des sujets. Les stratégies peuvent être positives ou négatives et avoir un impact sur le bien-être physique et psychique. Le coping est un processus durable et est constitué d'efforts cognitifs et comportementaux. L'individu

évalue dans un premier temps, la nature, le sens et l'impact de la situation (évaluation primaire). En second temps, il réfléchit aux ressources et à l'efficacité des réponses dont il dispose. Deux formes de coping émergent : le coping centré sur le problème (dédramatiser la situation en augmentant ses propres ressources) et le coping centré sur l'émotion (gestion et régulation des émotions). Dans les méta-stratégies du coping, il existe « les stratégies évitantes » qui regroupent le déni, l'évitement, la diversion, la fuite, la résignation et le coping « passif » ... « Les stratégies vigilantes » incluent la sensibilité, la vigilance, l'implication, la réévaluation et le coping « actif ». La recherche de soutien social est aussi définie comme une stratégie (Bruchon - Schweitzer, 2001).

Une multitude d'échelles permettant d'analyser le coping est répertoriée. La COPE est une échelle composée de 53 items et comprenant 14 sous-échelles. Le développement théorique de l'échelle repose sur les modèles d'autorégulation comportemental selon Carver & Scheier (1981) sur le stress et l'adaptation selon Lazarus et Folkmann (1984). Elle a été conçue selon les différents types de facteurs de stress et les stratégies d'adaptation qui en découlent [traduction libre] (Kato, 2015, p.315-316). Une autre échelle, la Bref COPE, est composée de 28 items concernant les stratégies d'adaptation. Elle se cote selon une échelle de Likert allant de 1 « je ne l'ai pas fait du tout » à 4 « je l'ai beaucoup fait » [traduction libre] (Green, Wells, & Laakso, 2011, p.239). L'échelle d'évaluation personnelle axée sur la famille (F-COPES) est un auto-questionnaire évaluant les stratégies d'adaptation utilisées par les familles, se composant de 5 sous-échelles (le remaniement, l'attitude passive, l'acquisition d'un soutien social, la recherche d'un soutien spirituel et la mobilisation de la famille pour accepter de l'aide) [traduction libre] (Lim et al., 2014, p.3211). La liste de stratégies d'adaptation (WCCL) est une mesure tirée à l'origine du modèle transactionnel de stress de Lazarus contenant 42 items, incluant les pensées et les

actions que les gens utilisent. Elle comprend cinq catégories d'adaptation telles que : centrée sur le problème, le soutien social, la culpabilité, l'évitement et la pensée magique [traduction libre] (Couper et al., 2009, p.380). Toutes ces échelles permettent d'évaluer l'efficacité des stratégies mises en place par l'individu (Bruchon - Schweitzer, 2001).

## **Méthode**

Dans ce chapitre, le devis de recherche utilisé est présenté, les banques de données consultées sont nommées et les mots mesh employés pour les recherches sont décrits. Les critères de sélection des articles sont ensuite explicités. Finalement, les différentes stratégies et analyses de recherche sont présentées pour cette revue de littérature.

### **Devis**

La méthode utilisée pour ce travail de Bachelor est celle de la revue de littérature. Cette approche se définit par un approfondissement des connaissances sur un thème ou comme une analyse et une mise en commun d'articles qui permettent de mieux comprendre un sujet donné. Elle consiste à relever une problématique en tenant compte de l'état des connaissances actuelles et en définissant un cadre théorique. Le but de la revue de littérature est de proposer des pistes d'action fondées sur des données probantes afin d'améliorer la pratique clinique (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Dans le cadre de ce travail de Bachelor, cette démarche permet d'aborder et d'acquérir de nouvelles notions sur le sujet des stratégies d'adaptation des conjoint(e)s des hommes atteints d'un cancer de la prostate. Cependant, au vu des exigences pour le niveau Bachelor et le temps mis à disposition par le calendrier académique, un nombre limité d'articles a été utilisé. Ce genre de devis a permis de réunir des résultats de six études déjà publiées sur la thématique et d'en réaliser une synthèse. Elle comporte des résultats pertinents pour la pratique infirmière.

### **Banques de données**

Afin d'élaborer cette revue de littérature et de répondre à la question de recherche, une sélection d'articles scientifiques a été réalisée sur les banques de données

Pubmed et CINHAL. Elles contiennent des références scientifiques et des résultats fondés sur des données probantes traitant de la santé et des sciences infirmières.

### Mots Mesh

La recherche d'études scientifiques a été effectuée grâce à la sélection et l'association de mots clés et termes mesh sur les bases de données de PubMed et CINHAL. Ils sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1

*Mots clés et termes mesh*

En français	PubMed mots mesh	CINHAL mots clés
<b>Epouse</b>	Spouses	Spouses
<b>Conjoint</b>	Partner	Partner / Conjoint
<b>Cancer de la prostate</b>	Prostatic Neoplasms	Prostate cancer / prostatic neoplasms
<b>Stratégies d'adaptation</b>	Adaptation, Psychological	Adaptation, Psychological / Adaptation strategies /

### Critères de sélection

Pour ce travail, les critères d'inclusion et d'exclusion ont été élargis. Suite à la rédaction de l'esquisse, la revue de littérature se portait sur les survivants du cancer. Cependant, un seul article concernant le sujet a été trouvé. De plus, il traitait de plusieurs autres cancers et pas uniquement celui de la prostate. C'est pourquoi, au moment des recherches effectuées, le travail a été redirigé vers une population atteinte d'un cancer de la prostate à différents stades et traitements de la maladie.

Les critères d'inclusions sont :

- Les épouses/conjoints des hommes atteints d'un cancer de la prostate

- Les différents stades de la maladie
- Tous les traitements du cancer de la prostate
- La langue de l'article : en français ou en anglais
- L'année de publication n'excédant pas 10 ans (2006)
- La population cible est adulte
- Les articles évoquant les stratégies d'adaptation des partenaires en termes de coping
- Les stratégies d'adaptation dyadique en termes de coping

Les critères d'exclusions sont :

- Les études publiées avant 2006
- Les articles traitant uniquement de la qualité de vie des conjoints

### **Stratégies et analyses de recherche**

Les stratégies de recherches utilisées dans le cadre de ce travail de Bachelor sont exposées à l'appendice B. Suite à la recherche d'articles sur les bases de données, les résultats obtenus sont triés en lisant les titres puis les résumés des articles, en respectant toujours la question de recherche et les critères de sélection. Huit articles semblaient pertinents, cependant, suite à la lecture approfondie de ceux-ci, deux articles ont été exclus par leur manque de qualité et de pertinence des résultats. Finalement, six articles ont été sélectionnés pour cette revue de littérature. Ils ont été lus entièrement, traduits, analysés et résumés.

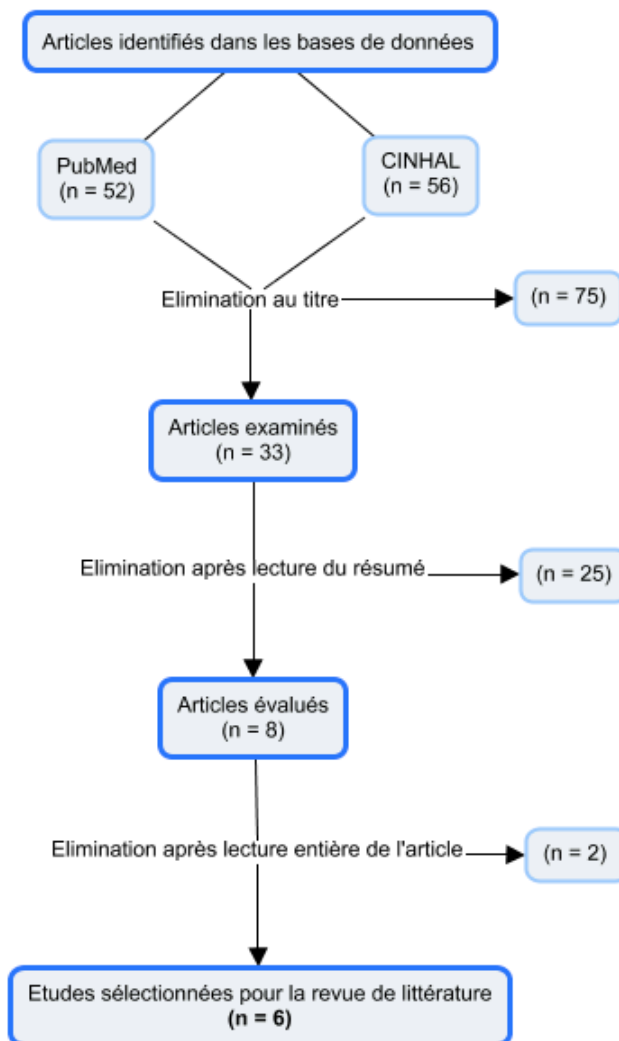


Figure 2. Processus de recherche

### Grilles d'analyse

Pour analyser chaque article choisi, deux grilles d'analyses ont été employées selon le devis, qu'il soit qualitatif ou quantitatif. Le but est d'évaluer la pertinence des articles, de structurer l'analyse afin d'avoir une présentation synthétique et de pouvoir affiner les résultats. Les grilles de tous les articles analysées se trouvent en appendice C.



## Résultats

Ce chapitre présente, dans un premier temps, la qualité méthodologique des articles sélectionnés pour cette revue de littérature. Les résultats obtenus, suite à l'analyse intégrale des articles, sont ensuite exposés. Quatre thématiques regroupent les différentes stratégies d'adaptation des conjoint(e)s des hommes atteints d'un cancer de la prostate.

### **Qualité méthodologique des articles sélectionnés**

Les six articles sélectionnés diffèrent selon leurs devis de recherche. Cinq articles ont un devis quantitatif / mixte (Couper et al., 2009 ; Ezer et al., 2006 ; Green et al., 2011 ; Lafaye et al., 2014 ; Lim et al., 2014) et un seul, un devis qualitatif (Street et al., 2010). Dans les articles analysés, 896 participants ont été sélectionnés au total, dont 498 conjoint(e)s et 398 patients atteints de cancer. Les études ont été faites en Australie, au Canada, au Etats-Unis et en France. Tous les participants étaient diagnostiqués avec un cancer de la prostate, à des stades et des temps différents de la maladie et ayant différents traitements (hormonothérapie, prostatectomie, radiothérapie, surveillance active). Ils ont été recrutés dans des services d'oncologie, d'urologie, de radiothérapie et de groupes de soutien.

Au niveau de la méthode de collecte de données des études, les participants ont pris part à des entretiens et à des questionnaires. De manière générale, les données cliniques et sociodémographiques ont été récoltées à l'aide de dossiers médicaux, du score Gleason ainsi que par le biais d'auto-questionnaires. Les instruments de mesure utilisés sont variés et sont présentés à l'appendice D.

### **Présentation des résultats**

Ce chapitre expose les résultats obtenus à la suite de l'analyse rigoureuse des six articles sélectionnés pour cette revue de littérature. Ils ont été catégorisés par thèmes

afin de regrouper de manière logique les différentes stratégies d'adaptation. Les trois catégories principales sont : les stratégies d'adaptation positives en termes de coping, les stratégies d'adaptation négatives en termes de coping ainsi que les stratégies d'adaptation dyadiques. De plus, les prédicteurs et les facteurs influençant la détresse psychologique et la qualité de vie sont décrits dans ce chapitre. En effet, cette thématique ne répond pas directement à la question de recherche. Cependant, ce sujet pertinent est ressorti dans plusieurs études ayant de forts liens de corrélation. Afin de regrouper au mieux les résultats obtenus de chaque étude, un tableau récapitulatif se trouve en appendice E.

### **Les stratégies d'adaptation positives en termes de coping**

Différentes études analysées dans le cadre de cette revue de littérature évoquent directement les stratégies d'adaptation positives en termes de coping des conjoint(e)s, aux divers temps et traitements du cancer de la prostate.

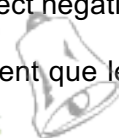
Dans l'étude de Street et al. (2010), trente-neuf femmes sur cinquante signalent un processus d'adaptation émotionnelle. Elles évaluent l'impact du diagnostic sur le partenaire ainsi que pour elles-mêmes, évaluent les stratégies d'adaptation mises en place et enfin, réévaluent la situation. D'autres conjoints de l'étude de Ezer et al. (2006) présentent une meilleure adaptation générale lorsque leur sens de la cohérence (SOC) est adapté, que ce soit avant le traitement ( $r = 0.622$  ;  $p = 0.001$ ) ou trois mois plus tard ( $r = 0.720$  ;  $p = 0.001$ ). Le sens de la cohérence est défini comme une ressource personnelle et est déterminé par trois composantes qui sont ; la compréhension des événements (le sentiment donné aux événements), la gestion de ceux-ci (ressources disponibles pour répondre aux exigences des événements) et la signification du tout (les exigences sont des défis et demande de l'investissement et de l'engagement) [traduction libre] (Ezer et al., 2006, p.829).

Différentes stratégies d'adaptation sont utilisées par la majorité des partenaires (52%) de l'étude de Green et al. (2011), depuis le jour de l'annonce du diagnostic. Quarante-deux pour-cent des 85 conjoints déclarent utiliser un soutien instrumental, 28% un soutien affectif/émotionnel, 22% des stratégies avec un remaniement positif, 18% l'acceptation et 15% l'adaptation spirituelle. En termes de soutien instrumental, 38% ont fait référence au patient, à la famille et à leurs amis comme source d'informations. Vingt-cinq pour-cent des partenaires ont utilisé des sources d'informations écrites, 21% se sont dirigés vers un groupe de soutien du cancer et 8% se sont renseignés sur internet. Au sujet du soutien émotionnel, 65% se sont renseignés auprès de la famille et des amis, 15% auprès de leur partenaires et 15% auprès des groupes de soutien [traduction libre] (p.244). D'autre part, suite au choc de l'annonce du diagnostic, les conjoints de l'étude de Street et al. (2010), s'orientent spontanément sur les décisions concernant les options de traitements. Vingt-neuf femmes décrivent la nécessité de comprendre pleinement toutes les options, dans le but de soutenir leur partenaire et également pouvoir elles-mêmes faire face à leurs propres peurs. Pour y pallier, elles participent aux visites médicales, lisent des brochures et font des recherches internet. De plus, certaines d'entre elles, connaissent d'autres familles ou amis ayant vécu une situation similaire qui leur ont apporté des informations, des conseils et un sentiment de familiarité. Dans l'ensemble, les femmes soutenaient leurs maris quant à l'influence de la prise de décision, car elles voulaient maintenir l'autodétermination et l'estime du partenaire [traduction libre] (p.237).

En ce qui concerne la stabilité émotionnelle, trente-neuf femmes de l'étude de Street et al. (2010) la décrivent comme « faire face au changement ». Les stratégies d'adaptation pour la maintenir englobent « adopter une attitude positive » (n=21) et « l'acceptation de la situation » (n=16). En exemple, une des participantes déclare :

« ... Naturellement, j'aurais préféré que la maladie ne survienne pas, mais je suis reconnaissante qu'elle ait été découverte tôt par des médecins compétents et je suis optimiste quant à un résultat positif... » [traduction libre] (p.237). Le calme et la patience, en parallèle avec une attitude positive, permettent de faire face à la situation stressante. De plus, six mois après l'annonce du diagnostic, dix-neuf femmes expriment que favoriser la discussion au sein du couple et utiliser des expressions telles que « continuer normalement » ou en dédramatisant la situation, aident à accepter la maladie [traduction libre] (p. 237-238). Toujours dans l'idée de faire face à la situation de manière positive, Green et al. (2011) démontrent que les partenaires disposent de certaines ressources comme leur maris (44%), leurs amis et leur famille (26%), le personnel médical (15%) et la connaissance d'autres personnes atteintes de cancer de la prostate (15%). Le soutien social est aussi perçu comme une stratégie de coping positive pour les conjoints de l'étude de Lafaye et al. (2014). En effet, ils déclarent avoir un niveau de qualité de vie physique élevé entre un et trois mois après le début de traitement par chimiothérapie ou radiothérapie ( $r = 0.35$  ;  $p < 0.05$ ). Les résultats de l'étude Lim et al. (2014) confirment ces idées en démontrant qu'en ayant des pensées positives et en recherchant du soutien social, la résilience et la détresse psychologique des conjoints s'améliorent.

En ce qui concerne l'impact du cancer de la prostate sur la sexualité, diverses stratégies positives sont mises en place. Trente-huit femmes se sont concentrées sur l'intimité du couple, en favorisant plutôt les câlins et les caresses. De plus, elles déclarent que la communication à ce sujet est primordiale car elle rassure et permet une meilleure acceptation [traduction libre] (Street et al., 2010, p.238-239). Cependant, 33% des conjoints de l'étude de Green et al. (2011) perçoivent le dysfonctionnement sexuel de leur partenaire comme un aspect négatif de leur qualité de vie. Malgré cette constatation, d'autres auteurs démontrent que les conjoints qui



avancent, ne se résignant pas et arrivant à se projeter dans l'avenir lors de l'annonce du diagnostic, quel que soit les difficultés, présentent moins de détresse psychologique six mois plus tard ( $r = 0.237$  ;  $p < 0.05$ ) (Couper et al., 2009). De plus, dans l'étude de Ezer et al. (2006), il est remarqué que différentes variables sont prédictives d'une meilleure adaptation au niveau du rôle (échelle PAIS) et de l'émotion (échelle POMS) comme par exemple, le sens de la cohérence (PAIS :  $b = - 0.318$  ;  $p < 0.01$  / POMS :  $b = - 527$  ;  $p < 0.001$ ) et la capacité de l'individu à évaluer et à maîtriser la situation (échelle SARS) (PAIS :  $b = - 0.265$  ;  $p = 0.017$  / POMS :  $b = 190$  ;  $p = 0.045$ ). De plus, les auteurs ont constaté que la fonction urinaire du patient apparaît comme prédicteur négatif de l'adaptation (PAIS :  $b = - 0.217$  ;  $p = 0.046$  / POMS :  $b = - 252$  ;  $p = 0.007$ ).

### **Les stratégies d'adaptation négatives en termes de coping**

Plusieurs articles font référence aux stratégies d'adaptation négatives mises en place par les conjoints des hommes atteints d'un cancer de la prostate, aux divers temps de la maladie.

Dans l'étude de Street et al. (2010), il est démontré que onze femmes n'ont pas eu la capacité de faire face à la situation. Il est constaté que six mois après l'annonce du diagnostic, les conjointes signalent un niveau de détresse similaire voir plus élevé qu'à l'annonce du diagnostic ainsi qu'une baisse de la qualité de leur relation conjugale. Ces femmes considèrent l'impact du cancer de la prostate comme négatif sur leur vie sociale, en déclarant un risque d'isolement. Par exemple, une participante cite : « ... Je ressens des palpitations lorsque je pense à cela, j'ai l'impression d'étouffer... Je me sens si seule et effrayée du futur... » [traduction libre] (p.239). D'autre part, Couper et al. (2009) constatent que diverses stratégies d'adaptation négatives sont mises en place telles que la culpabilité, la pensée magique et

l'évitement afin de faire face à la situation. En effet, selon le score final de l'échelle des symptômes psychologiques (GSI), utilisée par ces auteurs, les partenaires mettant en place la stratégie d'adaptation de la pensée magique sont, les plus à même d'avoir une plus grande détresse psychologique, surtout six mois après le début du diagnostic ( $b = 0.310$  ;  $p < 0.005$ ). Toutes les femmes de l'étude de Street et al. (2010) précisent qu'au moment de l'annonce du diagnostic, avoir eu une réaction émotionnelle négative. Onze femmes présentant une détresse psychologique plus importante six mois après le début du traitement de leur conjoint, soulignent avoir eu un manque de stratégies d'adaptation efficaces, des sentiments négatifs ainsi qu'une incapacité à s'adapter émotionnellement à l'impact du cancer de la prostate sur leur propre vie et leur relation de couple [traduction libre] (p.240). Finalement, selon Lafaye et al. (2014), les conjoints des patients atteints d'un cancer de la prostate non métastasé utilisant une stratégie d'adaptation axée sur le problème, estiment des niveaux d'anxiété élevés entre un ou trois mois après le début du traitement par radiothérapie ou chimiothérapie ( $r = 0.23$  ;  $p < 0.05$ ) ou deux ou six mois après ( $r = 0.18$  ;  $p < 0.05$ ). La stratégie d'adaptation qui consiste à prendre des médicaments ou des traitements est corrélée avec un mauvais fonctionnement physique ( $r = - 0.21$ ) [traduction libre] (Green et al., 2011, p.243).

### **Les stratégies d'adaptation dyadiques**

Les stratégies d'adaptation des couples sont ressorties dans plusieurs études. Les questions de l'impact du rôle de chacun de la dyade, ainsi que l'impact de chacune des stratégies mises en place par l'un des membres sur l'autre peuvent se poser.

Selon Lafaye et al. (2014), il est remarqué que certaines stratégies d'adaptation comme celles centrées sur le problème, centrées sur l'émotion et la recherche du soutien social ont des effets sur l'état émotionnel des membres de la dyade. En effet,

ils démontrent que lorsque le patient met en place un coping centré sur le problème, le conjoint va présenter une anxiété et des symptômes dépressifs diminués aux divers temps de la maladie (pour les six corrélations, elles sont statistiquement significatives  $p < 0.05$  et le lien est de léger à moyen). De plus, il est constaté que le niveau de qualité de vie physique du conjoint entre un et trois mois après le début du traitement de radiothérapie ou chimiothérapie ( $r = 0.45$ ) et son niveau de qualité de vie mentale entre deux et six mois après ( $r = 0.37$ ) sont augmentés. Ce résultat confirme l'hypothèse que les auteurs avaient en début d'étude ; « les stratégies d'adaptation axées sur le problème mises en place par les patients et leurs conjoints ont un impact positif sur l'état émotionnel et la qualité de vie du couple » [traduction libre] (p.798). En revanche, en ce qui concerne les stratégies axées sur l'émotion, Lafaye et al. (2014) qui recrutent un échantillon de 99 couples, démontrent une augmentation de l'anxiété et des symptômes dépressifs pour les membres de la dyade (les liens de corrélation sont de légers à moyens et sont statistiquement significatifs  $p < 0.05$ ). De plus, lorsque le conjoint utilise ce type de stratégie, le patient présente un faible niveau de qualité de vie mentale au début du traitement ( $r = - 0.2$ ). D'autre part, les patients dont les conjoints utilisant la stratégie d'adaptation « recherche de soutien social », estimaient leur niveau d'anxiété élevé au début du traitement ( $r = 0.24$ ) ainsi qu'un faible niveau de qualité de vie mentale un à trois mois après ( $r = - 0.3$ ) [traduction libre] (p.800). De même pour les conjoints des patients utilisant cette stratégie, il est démontré dans l'étude de Lim et al. (2014) que la recherche du soutien social n'a pas d'impact positif sur la résilience. Ils la considèrent comme étant la seule solution pour faire face à la situation. Cependant, les conjoints peuvent refuser le soutien social afin de protéger le partenaire de leur propre stress.

En ce qui concerne la similiarité au sein des couples, Green et al. (2011) qui disposent d'un échantillon de 105 hommes dont 85 couples démontrent que, lorsque



les partenaires mettent en place la stratégie d'adaptation de l'évitement, le patient fait de même ( $r = 0.31$  ;  $p < 0.01$ ). Cependant, cette stratégie n'est pas bénéfique quant à une bonne adaptation pour les membres de la dyade ( $r = 0.57$  ;  $p < 0.001$ ) qui est corrélée avec un mauvais fonctionnement émotionnel, social et un niveau de fatigue plus élevé ( $r = 0.38$  ;  $r = 0.27$  ;  $r = 0.40$  ;  $p < 0.001$ ) [traduction libre] (p.241). Il est démontré que les scores de détresse psychologique (échelle BSI), de coping et de résilience de l'étude de Lim et al. (2014) sont semblables au sein des couples. Finalement, il est constaté que lorsque les perceptions des couples concernant l'entente conjugale étaient semblables, l'adaptation générale était meilleure ( $r = 0.395$  ;  $p < 0.0005$ ) (Couper et al., 2009).

D'autre part, les impacts et les effets d'une stratégie sur les membres de la dyade, Lim et al. (2014) indiquent que la résilience du survivant du cancer a un impact sur le remaniement de l'adaptation et la détresse psychologique du conjoint ( $r = 0.283$  ;  $p < 0.01$  ;  $r = - 0.412$  ;  $p < 0.001$ ). L'utilisation du remaniement comme coping chez les survivants du cancer a un effet positif sur les capacités à se remettre du stress, ce qui réduit la détresse psychologique des conjoints. Dans le même ordre d'idée, la détresse psychologique des hommes n'a pas été influencée par celle de leur partenaire. Par contre, le type de cancer, le stade du cancer et la satisfaction de la relation conjugale évalués par les survivants et leurs partenaires ont un impact sur l'adaptation générale, la détresse psychologique et la résilience (la  $p$  value est statistiquement significative pour toutes les variables et les liens de corrélation sont de légers à moyens). Finalement, dans l'étude de Street et al. (2010), il est démontré que pour la plupart des conjoints, il est nécessaire de gérer leur propre détresse émotionnelle avant celle de leur partenaire.

### **Les prédicteurs et les facteurs influençant la détresse psychologique et la qualité de vie**

Dans plusieurs articles, des prédicteurs ou des facteurs influençant la détresse psychologique et la qualité de vie ont été trouvés. Divers facteurs qui influencent l'adaptation générale ont aussi été repérés de manière significative dans les articles. Des hypothèses ont été testées pour trouver les prédicteurs comme par exemple : « l'adaptation négative des partenaires, au moment du diagnostic, prédit un score de détresse psychologique plus grave six mois plus tard » [traduction libre] (Couper et al., 2009, p.377).

Les stratégies d'adaptation de culpabilité et d'évitement, analysées dans l'étude de Couper et al. (2009), mises en place par les partenaires au moment du diagnostic, prédisent une plus grande détresse psychologique six mois plus tard ( $b = 0.192$  ;  $b = 0.268$  ;  $p < 0,05$  ;  $p < 0.005$ ), ce qui confirme l'hypothèse de départ des auteurs. A contrario de ces deux stratégies, celle de la pensée magique n'est pas prédictrice d'une détresse ; seule une corrélation existe ( $r = 0.310$  ;  $p < 0.005$ ). D'autres facteurs psychosociaux tels que le stade du cancer, le traitement actuel de l'homme, l'éducation du partenaire et une moins bonne satisfaction de la relation (échelle DAS) prédisposent aussi à une plus grande probabilité de développer de la détresse psychologique. De plus, dans l'étude Lim et al. (2014), il est remarqué que la résilience de l'homme a un impact sur la détresse psychologique du conjoint ( $r = -0.412$  ;  $p < 0.001$ ). En effet, le conjoint perçoit la résilience de son partenaire comme étant un facteur protecteur pour lui, et donc, diminue sa détresse psychologique [traduction libre] (p.3214). Contrairement, la résilience du conjoint n'a aucun impact sur la détresse psychologique de l'homme. Effectivement, les survivants du cancer ont tendance à être submergés par les diagnostics et les traitements. Par conséquent, ils ne sont pas attentifs à la détresse et à la résilience de leurs partenaires [traduction

libre] (Lim et al., 2014, p.3214). D'autre part, l'état psychologique et émotionnel des partenaires ne sont pas les seuls affects de la maladie ; la qualité de vie est aussi impactée. Cependant, la seule variable significative repérée dans l'étude de Green et al. (2011) qui prédit une meilleure ou une moins bonne perception de la qualité de vie est la satisfaction relationnelle conjugale estimée par les partenaires ( $r = - 0.76 ; p < 0.001$ ). Ces auteurs ont ajouté que meilleure est la perception de la satisfaction relationnelle, meilleur est le fonctionnement émotionnel ( $r = 0.31 ; p < 0.01$ ).

Divers facteurs influençant l'adaptation générale sont ressortis comme par exemple, les traits de personnalité et le caractère des conjoints. Les partenaires n'ayant aucun suivi psychologique ont une tendance à moins bien s'adapter que les autres [traduction libre] (Couper et al., 2009, p.380).

## **Discussion**

Ce chapitre a pour but de répondre à la question de recherche : « Quelles sont les stratégies d'adaptation de conjoint(e)s des hommes atteints du cancer de la prostate ? ». Les résultats exposés précédemment sont mis en lien avec le cadre de référence traitant du coping, comme mentionné au début du travail. La discussion est regroupée par thèmes évoquant les diverses stratégies d'adaptation telles que centrées sur l'émotion, le problème et la recherche du soutien social. Elles permettent de faire face ou non à la situation stressante et ceci tout au long de la maladie du cancer. Par la suite, les forces et limites de ce travail sont présentées. Pour terminer, l'implication dans la pratique infirmière est discutée.

### **Stratégies centrées sur l'émotion**

La stratégie centrée sur l'émotion permet aux individus d'avoir la capacité d'évaluer et de maîtriser la situation en modifiant leurs émotions de manière positive, comme par exemple en gardant son calme, en dédramatisant la situation ou en ayant de la patience. Ceci permet de garder une attitude positive et est aidante quant à l'acceptation de la maladie (Ezer et al., 2006 ; Green et al., 2011 ; Street et al., 2010). Les conjoint(e)s capables de développer de la résilience, de se projeter dans l'avenir, de réadapter leurs pensées ou d'imaginer la situation autrement (stratégie du remaniement) sont moins stressés, ont moins de détresse psychologique et s'adaptent plus facilement et positivement que les autres (Couper et al., 2009 ; Lim et al., 2014). Au contraire, les membres de la dyade étant dans l'incapacité de s'adapter émotionnellement, perçoivent l'impact du diagnostic comme étant négatif sur la qualité de vie et sur la relation de couple, et ont tendance à développer de la détresse psychologique plus importante. De plus, si la relation est déjà fragile avant l'annonce de ce diagnostic, il y a un risque important que les conjoint(e)s n'arrivent pas à faire face à la situation en utilisant ce genre de stratégie (Green et al., 2011 ;

Street et al., 2010). Les stratégies d'adaptation négatives axées sur l'émotion les plus citées par les conjoints sont l'évitement, la culpabilité et la pensée magique. Plus précisément, ces stratégies engendrent un mauvais fonctionnement émotionnel, physique et social, n'améliorent pas la qualité de vie à long terme et augmentent l'anxiété, la détresse psychologique et les symptômes dépressifs. De plus, lorsque la stratégie de l'évitement est mise en place par le conjoint, l'homme atteint d'un cancer de la prostate a tendance à l'utiliser également. Dans l'idéal, il est nécessaire que les conjoints gèrent en priorité leur propre stress et détresse émotionnelle avant celle de leur partenaire (Couper et al., 2009 ; Green et al., 2011 ; Lafaye et al., 2014 ; Street et al., 2010).

### **Stratégies centrées sur la recherche du soutien social**

Suite aux résultats obtenus de cette revue de littérature, un nombre considérable de stratégies d'adaptation portant sur le soutien social ont pu être identifiées. Ces stratégies peuvent être perçues positives comme négatives par les membres de la dyade. Le fait de connaître d'autres familles ou amis ayant vécu une situation similaire permet de ne pas se sentir seul et de favoriser la gestion de la maladie. En effet, ceux-ci donnent des informations et des conseils pertinents. De plus, elle est bénéfique et aidante quant à l'aptitude à faire face au cancer de la prostate (Green et al., 2011 ; Lim et al., 2014 ; Street et al., 2010). Toujours dans cette idée, un bon fonctionnement familial, un soutien des proches et du personnel médical sont des ressources primordiales et permettent une meilleure adaptation générale et une diminution de l'anxiété aux divers temps de la maladie (Ezer et al., 2006 ; Green et al., 2011 ; Lafaye et al., 2014 ; Lim et al., 2014). De plus, les conjoint(e)s ont tendance à considérer la recherche de soutien social comme étant la seule solution pour faire face (Lim et al., 2014). A contrario, elle peut être perçue comme inappropriée. En

effet, un trop grand investissement du conjoint(e) fait ressentir à son partenaire un sentiment d'infériorité et d'incapacité à gérer seul la situation. Cependant, si l'homme ne laisse pas son conjoint(e) l'aider, il peut ressentir un sentiment d'évasion ou d'abandon (Lafaye et al., 2014). Le patient comme le conjoint(e) veut protéger et alléger l'autre. De ce fait, chacun gère de son côté le stress et va développer des stratégies, en voulant diminuer le stress de l'autre. Les conjoint(e)s peuvent également ne pas vouloir de soutien social, afin de protéger leur mari de leur propre stress (Lim et al., 2014).

### **Stratégies centrées sur le problème**

Les conjoint(e)s mettent en place différentes stratégies d'adaptation en se confrontant directement au problème. Ces stratégies peuvent avoir un impact négatif ou positif quant à l'adaptation générale des couples et sont perçues différemment de la part des membres de la dyade. La stratégie centrée sur le problème la plus ressortie de la part des conjoints, est le fait de s'impliquer, de comprendre et reconnaître pleinement la maladie et ses traitements. Les conjoint(e)s participent aux visites médicales et aux décisions d'options de traitement, lisent des brochures et font des recherches sur internet. Elle est perçue comme bénéfique et favorise une meilleure adaptation (Ezer et al., 2006 ; Green et al., 2011 ; Street et al., 2010). La communication concernant divers sujets comme la sexualité au sein des couples, est aussi une stratégie importante ressortie des résultats. La discussion rassure et permet une meilleure acceptation de la maladie (Street et al., 2010). Cependant, l'expression et la confiance du sentiment d'anxiété des conjoint(e)s peut entraîner un découragement de la part de l'homme (Ezer et al., 2006). En lien avec cette idée-là, les couples satisfaits de leur relation conjugale qui se considèrent comme étant proches et étant une entité à part entière, s'adaptent plus facilement et positivement

que les autres. En effet, ces couples-là gèrent les changements dans la relation en modifiant leurs perspectives sexuelles et sociales et en se concentrant sur leur intimité. Ils ont la capacité de réévaluer constamment leur relation et ceci leur permet donc d'accepter les défis et les menaces engendrés par la maladie (Couper et al., 2009 ; Ezer et al., 2006 ; Green et al., 2011 ; Lim et al., 2014 ; Street et al., 2010). Parfois, les conjoint(e)s utilisant quelque soit la stratégie centrée sur le problème, ressentent plus d'anxiété. En effet, ils gèrent leur stress en se confrontant directement à la maladie. Ils doivent donc maintenir leurs propres besoins et exigences mais aussi ceux de leurs partenaires et ceci surtout au début du diagnostic (Lafaye et al., 2014 ; Lim et al., 2014). Finalement, cette stratégie de coping est plutôt favorable / positive quant à l'adaptation générale. Lorsque les hommes atteints du cancer de la prostate la mettent en place, leurs conjoint(e)s présentent moins d'anxiété, moins de symptômes dépressifs et une meilleure qualité de vie physique et mentale. Assurément, les maris et leurs conjoint(e)s présentant un esprit combattif pour vaincre la maladie et qui vont de l'avant, ont plus de facilité à s'adapter et éprouvent moins de stress (Lafaye et al., 2014).

### **Limites et points forts de la revue de littérature**

Cette revue de littérature comprend un certain nombre de limites. Seulement six articles ont été inclus et analysés. Il était prévu, dans un premier temps, que ce travail parle des épouses des hommes atteints d'un cancer de la prostate. Cependant, lors de nos recherches, cinq articles développaient les stratégies d'adaptation des conjoint(e)s. Ne sachant pas s'il s'agissait d'hommes ou de femmes partenaires, il a été décidé de renommer le titre de la revue de littérature par les conjoint(e)s. De plus, nous étions partis sur les survivants d'un cancer de la prostate, mais peu de



recherches scientifiques élaboraient le sujet du conjoint du survivant du cancer, mais plutôt du patient aux divers temps de la maladie et avec différents traitements.

Le fait d'avoir eu des études ayant eu lieu dans divers pays industrialisés comme l'Australie, le Canada, les Etats-Unis ou la France a été un point fort de cette revue de littérature. De nombreuses échelles utilisées dans les études ont été bénéfiques quant à l'évaluation et la compréhension des aspects des stratégies d'adaptation. Quatre études stipulaient des stratégies d'adaptation dyadiques, ce qui a été bénéfique et intéressant pour notre travail. Finalement, l'intérêt porté sur les stratégies d'adaptation a permis de réaliser l'importance de la présence des conjoint(e)s auprès des malades, de l'impact et de l'influence qu'ils ont sur eux.

### **Implications pour la pratique infirmière**

Les résultats concernant les diverses stratégies amènent des propositions d'interventions pour la pratique infirmière qui ont pu être relevées dans les six études analysées. Les chercheurs proposent d'investiguer des interventions infirmières visant à améliorer les capacités d'adaptation des couples. De telles interventions pourraient renforcer, valoriser les stratégies efficaces et diriger les conjoint(e)s sur de meilleures stratégies. Les conjoint(e)s qui démontrent une détresse psychologique continue, peuvent bénéficier d'une évaluation psychologique et d'une psychothérapie individuelle ou en couple (Street et al., 2010). La nécessité d'informations quant aux traitements et à la gestion de ceux-ci, des entretiens de soutien individualisés et la mise en place d'un programme psychoéducatif amélioreraient l'adaptation des partenaires (Couper et al., 2009 ; Ezer et al., 2006 ; Lim et al., 2014). Dans la même idée, il est important d'explorer les croyances, les expériences et le degré de la menace qu'ont les conjoint(e)s face au cancer de la prostate et ceci, particulièrement au début de la maladie. De plus, la transmission d'informations pertinentes et précises

aux moments adaptés, aiderait les conjoint(e)s à estimer que la situation est gérable. En effet, aider les conjoint(e)s à percevoir la signification du cancer de la prostate permettrait d'adopter rapidement des stratégies efficaces (Ezer et al., 2006). L'implication et le soutien de la famille apparaissent comme une stratégie positive pour la dyade. Il serait bénéfique pour le couple que le personnel infirmier tienne compte de cette dimension. Par conséquent, les professionnels de la santé devraient évaluer les couples selon leurs forces et leurs ressources (Ezer et al., 2006 ; Street et al., 2010).

En outre, les auteurs de l'étude de Ezer et al. (2006) suggèrent d'effectuer une évaluation minutieuse des différentes dimensions de l'adaptation, pour comprendre l'expérience des conjoint(e)s dans les différentes phases psychosociales. Ceci permettrait d'offrir des interventions infirmières pertinentes auprès des membres de la dyade.

## **Conclusion**

En conclusion, ce travail de Bachelor a pour but de relever les stratégies d'adaptation des conjoint(e)s des hommes atteints du cancer de la prostate. Les stratégies d'adaptation positives comme négatives diffèrent selon les stades, les temps et les traitements de la maladie. Elles ont pu être regroupées, en prenant compte du cadre théorique du coping.

En termes d'apprentissages réalisés à travers ce travail de Bachelor, nous tirons une conclusion principale. Les patients et leurs partenaires gèrent l'impact de la maladie et mettent en place des stratégies : seul, pour le partenaire ou en couple. Notre rôle professionnel est d'avoir conscience de l'importance de prendre en compte le conjoint(e) dans sa globalité, en tenant compte de son ressenti. L'ensemble des ressources et des forces de chacun des membres de la dyade doit être investigué, exploité et renforcé. En effet, les conjoint(e)s sont souvent mis de côté dans cette situation, alors qu'ils sont un pilier pour l'homme.

Finalement, nous avons pu développer nos capacités méthodologiques, grâce à l'élaboration de cette revue de littérature. Toutes les connaissances développées pourront être mobilisés pour notre future pratique professionnelle.

Ce travail peut servir et être utilisé dans un service d'oncologie ou de soins à domicile, afin d'offrir un soutien pour les conjoint(e)s d'hommes atteints de cancer de la prostate.

## Références

- Bélanger, C., Cardin, C., Sabourin, S., Lussier, Y., & Wright, J. (2015b). Analyse prospective de l'ajustement et des stratégies d'adaptation en situation dyadique. Ou comment l'ajustement conjugal prédit-il les stratégies d'adaptation dyadique deux ans plus tard ? *Bulletin de psychologie, Numéro 535*(1), 29-38.
- Birot, P., Dervaux, M. P., & Pegon, M. (2005). Le modèle de McGill. *Recherche en soins infirmiers, (80)*, 28-38.
- Boggio, P., Grezet-Bento de Carvalho, A., & Iselin, C. (2004). Cancer de la prostate et qualité de vie. *Revue Médicale Suisse*.
- Bruchon - Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers, (67)*.
- Couper, J., Bloch, S., Love, A., Duchesne, G., MacVean, M., & Kissane, D. (2009b). Coping Patterns and Psychosocial Distress in Female Partners of Prostate Cancer Patients. *Psychosomatics, 50*(4), 375-382. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.4.375>
- Cussenot, O., Fournier, G., & Muntz, R. (2004). *Cancer de la prostate: prévenir, détecter et traiter*. (S.l.) : John Libbey Eurotext. (Google-Books-ID: j14HBAAQBAJ).
- Ellsworth, P., Heaney, J., Gill, C., Camilleri, J.-P., & Cosset, J.-M. (2009b). *Le cancer de la prostate : 100 questions-réponses*. Les Ulis : EDP Sciences.
- Esserman, L. J., Thompson, I. M., & Reid, B. (2013). Overdiagnosis and Overtreatment in Cancer: An Opportunity for Improvement. *JAMA, 310*(8), 797-798. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.108415>
- Ezer, H., Ricard, N., Bouchard, L., Souhami, Saad, F., Aprikian, & Taguchi. (2006b). Adaptation of wives to prostate cancer following diagnosis and 3 months after treatment: A test of family adaptation theory. *International Journal of Nursing Studies, 43*(7), 827-838. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.05.004>
- Formarier, M., & Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet conseil.
- Green, H. j., Wells, D. j. n., & Laakso, L. (2011b). Coping in men with prostate cancer and their partners: a quantitative and qualitative study. *European Journal of Cancer Care, 20*(2), 237-247. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2010.01225.x>
- Herrmann, C., Cerny, T., Savidan, A., Vounatsou, P., Konzelmann, I., Bouchardy, C., ... Ess, S. (2013). Cancer survivors in Switzerland: a rapidly growing population to care for. *BMC Cancer, 13*, 287. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-13-287>
- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). (2016). Traitements du cancer de la prostate. Repéré à <http://www.hug-ge.ch/centre-du-cancer-prostate/traitements>
- Jenny, S., Marti, V., Schär, R., & Witschi, M. (2015). Le cancer de la prostate. Ligue suisse contre le cancer.

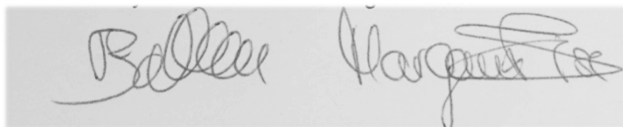
- Kato, T. (2015b). Frequently Used Coping Scales: A Meta-Analysis. *Stress and Health*, 31(4), 315-323. <https://doi.org/10.1002/smi.2557>
- Lafaye, A., Petit, S., Richaud, P., Houédé, N., Baguet, F., & Cousson-Gélie, F. (2014b). Dyadic effects of coping strategies on emotional state and quality of life in prostate cancer patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 23(7), 797-803. <https://doi.org/10.1002/pon.3483>
- Li, Q. p., Mak, Y. w., & Loke, A. y. (2013b). Spouses' experience of caregiving for cancer patients: a literature review. *International Nursing Review*, 60(2), 178-187. <https://doi.org/10.1111/inr.12000>
- Ligue contre le cancer Suisse. (2017). Le cancer de la prostate. Repéré à <https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-de-la-prostate/>
- Lim, J., Shon, E., Paek, M., & Daly, B. (2014b). The dyadic effects of coping and resilience on psychological distress for cancer survivor couples. *Supportive Care in Cancer*, 22(12), 3209-3217. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2334-9>
- Loiselle, C., & Profetto-McGrath, J. (2007b). *Méthode de recherche en sciences infirmières* (ERPI). (S.l.) : (s.n.).
- Paquette-Desjardins, D., Sauvé, J., Gros, C. P., & Brassard, Y. (2015). *Modèle McGill: Une approche collaborative en soins infirmiers*. (S.l.) : Chenelière Education.
- Smeltzer, S., Bare, B., Longpré, S., & Pilote, B. (2011). *Soins Infirmiers en Médecine et Chirurgie 4 Fonctions Renale et Reproductrice* (5e édition). Bruxelles : De Boeck.
- Société Canadienne du cancer. (2016). Signes et symptômes du cancer de la prostate. Repéré à <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/prostate/signs-and-symptoms/?region=on>
- Street, A. f., Couper, J. w., Love, A. w., Bloch, S., Kissane, D. w., & Street, B. c. (2010b). Psychosocial adaptation in female partners of men with prostate cancer. *European Journal of Cancer Care*, 19(2), 234-242. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2008.01012.x>
- Wootten, A. C., Abbott, J. M., Osborne, D., Austin, D. W., Klein, B., Costello, A. J., & Murphy, D. G. (2014). The impact of prostate cancer on partners: a qualitative exploration. *Psycho-Oncology*, 23(11), 1252-1258. <https://doi.org/10.1002/pon.3552>

## **Appendices A**

### Déclaration d'authenticité

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Lydia Ballaman et Margaux Bise.

The image shows two handwritten signatures in black ink on a light gray background. The signature on the left is 'Ballaman' and the one on the right is 'Margaux Bise'.



## Appendice B

Les stratégies de recherches

## Stratégie de recherche n°1

<b>Banque de données</b>	PubMed
<b>Technique</b>	Mesh terms
<b>Mots clés</b>	"Spouses"[Mesh] AND "Prostatic Neoplasms"[Mesh] AND "Adaptation, Psychological"[Mesh]
<b>Résultats</b> (avec filtre moins de 10 ans)	52
<b>Articles éliminés après lecture du titre</b>	35
<b>Articles éliminés après lecture du résumé</b>	13
<b>Articles éliminés après lecture et analyse</b>	1
<b>Articles sélectionnés définitivement :</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lafaye, A., Petit, S., Richaud, P., Houédé, N., Baguet, F., &amp; Cousson-Gélie, F. (2014). Dyadic effects of coping strategies on emotional state and quality of life in prostate cancer patients and their spouses. <i>Psycho-Oncology</i>, 23(7), 797-803</li> <li>2. Couper, J., Bloch, S., Love, A., Duchesne, G., MacVean, M., &amp; Kissane, D. (2009). Coping Patterns and Psychosocial Distress in Female Partners of Prostate Cancer Patients. <i>Psychosomatics</i>, 50(4), 375-382</li> <li>3. Street, A. f., Couper, J. w., Love, A. w., Bloch, S., Kissane, D. w., &amp; Street, B. c. (2010). Psychosocial adaptation in female partners of men with prostate cancer. <i>European Journal of Cancer Care</i>, 19(2), 234-242.</li> </ol>	

## Stratégie de recherche n°2

<b>Banque de données</b>	CINHAL
<b>Technique</b>	Non Mesh terms
<b>Mots clés</b>	(partner) AND (prostate cancer) AND (adaptation strategies)
<b>Résultats</b>	10

<b>Articles éliminés après lecture du titre</b>	9
<b>Articles éliminés après lecture du résumé</b>	0
<b>Articles éliminés après lecture et analyse</b>	0
<b>Articles sélectionnés définitivement :</b>	
1. Green, H. j., Wells, D. j. n., & Laakso, L. (2011). Coping in men with prostate cancer and their partners: a quantitative and qualitative study. <i>European Journal of Cancer Care</i> , 20(2), 237-247	

## Stratégie de recherche n°3

<b>Banque de données</b>	CINHAL
<b>Technique</b>	Non Mesh terms
<b>Mots clés</b>	(Spouses) AND (prostate cancer) AND (adaptation strategies)
<b>Résultats</b>	5
<b>Articles éliminés après lecture du titre</b>	2
<b>Articles éliminés après lecture du résumé</b>	3
<b>Articles éliminés après lecture et analyse</b>	0
<b>Articles sélectionnés définitivement</b>	0

## Stratégie de recherche n°4

<b>Banque de données</b>	CINHAL
<b>Technique</b>	Non Mesh terms
<b>Mots clés</b>	(Spouses) AND (prostate cancer) AND (adaptation, psychological)

<b>Résultats</b> (avec filtre moins de 10 ans)	41
<b>Articles éliminés après lecture du titre</b>	29
<b>Articles éliminés après lecture du résumé</b>	9
<b>Articles éliminés après lecture et analyse</b>	1
<b>Articles sélectionnés définitivement :</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lim, J., Shon, E., Paek, M., &amp; Daly, B. (2014). The dyadic effects of coping and resilience on psychological distress for cancer survivor couples. <i>Supportive Care in Cancer</i>, 22(12), 3209-3217.</li> <li>2. Ezer, H., Ricard, N., Bouchard, L., Souhami, Saad, F., Aprikian, &amp; Taguchi. (2006). Adaptation of wives to prostate cancer following diagnosis and 3 months after treatment: A test of family adaptation theory. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 43(7), 827-838.</li> </ol>	

## **Appendice C**

Les grilles d'analyses

## Grille de résumé d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Lafaye, A., Petit, S., Richaud, P., Houédé, N., Bague, F., & Cousson-Gélie, F. (2014). Dyadic effects of coping strategies on emotional state and quality of life in prostate cancer patients and their spouses. <i>Psycho-Oncology</i> , 23(7), 797-803. doi: 10.1002/pon.3483
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Selon l'Institut National du Cancer, en France, 71 000 nouveaux cas de cancer de la prostate sont diagnostiqués en 2011. Celui-ci étant le cancer le plus répandu en France et dans d'autres pays occidentaux, ses taux d'incidence augmentent (en raison d'un diagnostic plus précis et du vieillissement de la population) et ses taux de mortalité baissent. Cette maladie engendre un impact important sur la qualité de vie et l'état émotionnel de cette population. De plus, les conjoints sont également touchés par cette maladie (voir même plus que les patients eux-mêmes). Ils doivent donc y faire face en couple et il existe, une corrélation entre la détresse psychologique vécue par les patients atteints de cancer et celle expérimentée par leurs conjoints.
Recension des écrits	<p>Le cancer est une maladie qui doit être traitée et étudiée en couple et non de manière séparée car les impacts physiques et mentaux engendrés par la maladie cancéreuse touchent autant le patient que son conjoint. En effet, il a été démontré (Kim et AL) que lorsque le patient atteint de cancer souffrait d'une détresse psychologique, l'état de santé physique du conjoint était altérée (et vice versa).</p> <p>Afin de faire face à aux impacts engendrés, les patients et leurs conjoints mettent en place des stratégies d'adaptation. « L'adaptation » est une notion dérivée du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman en 1980. En effet, lorsque les individus sont confrontés à des événements stressant de la vie, ils recourent à des stratégies d'adaptation pour modifier l'effet du stress. Il existe donc deux types de processus de stratégies d'adaptation ; un centré sur le problème (visant à résoudre l'impact de l'évènement stressant) et l'autre, axé sur les émotions (visant à réguler l'émotion et les affects). De plus, la recherche de soutien social semble être aussi une stratégie d'adaptation mise en place. Le choix de la stratégie dépendra du contexte et de la complexité de la situation.</p> <p>Les stratégies d'adaptation centrées sur le problème auraient tendance à diminuer les symptômes d'anxiété et de dépression au contraire de celle axée sur l'émotion qui provoque plus d'anxiété. La majorité des études ont révélé que les conjoints qui adoptaient une stratégie centrée sur le problème, la recherche de soutien social, la recherche d'informations et l'évaluation positive étaient moins dépressifs que ceux qui utilisaient l'impulsivité ou l'impuissance. Un meilleur accompagnement (suivi) du conjoint a démontré moins de détresse psychologique chez les patients atteints de cancer de la prostate. L'utilisation de l'évitement par les patients était liée à une augmentation de l'anxiété des conjoints. La recherche du soutien social permet un meilleur état émotionnel, avec moins d'anxiété et de détresse psychologique.</p> <p>Peu d'études ont donc évalué ce questionnement pendant toute la durée du traitement. En effet, les traitements contre le cancer de la prostate sont associés à de nombreux effets secondaires qui aggravent la qualité de vie et l'état émotionnel des patients. Cependant, ceux-ci peuvent varier selon les types et la durée des traitements.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Modèle conceptuel de Lazarus et Folkman

Hypothèses/question de recherche/buts	<p><b>But :</b> Le but de cette étude est de déterminer la corrélation des stratégies d'adaptation entre les membres du couple impactant sur l'état émotionnel et la qualité de vie pendant tout le traitement du cancer de la prostate.</p> <p><b>Hypothèses :</b> Les chercheurs ont émis l'hypothèse que les stratégies d'adaptation axées sur le problème et la recherche du soutien social par les patients et leurs conjoints, ont un impact positif sur l'état émotionnel et la qualité de vie du couple. Ils supposent aussi que les stratégies d'adaptation axées sur l'émotion s'avèrent néfastes sur les patients et leurs partenaires.</p> <p>L'objectif de cette dernière, est d'identifier les populations à risque de détresse psychologique ou d'anxiété (et à quel moment du traitement) afin de cibler les interventions adéquates.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Etude longitudinale, prospective.
Population, échantillon et contexte	<p><b>Contexte :</b> Les patients et les conjoints ont été recruté à l'institut Bergonié à Bordeaux et à la Clinique de Francheville à Périgueux en France</p> <p><b>Population-échantillon :</b> 99 couples</p> <p><b>Critères d'inclusions :</b> Le patient doit être traité pour un cancer de la prostate, sans métastases par radiothérapie ou chimiothérapie, en ayant eu ou non une intervention chirurgicale (prostatectomie). Il devait être âgé de plus de 18 ans et devait être en couple.</p> <p><b>Critères d'exclusions :</b> Les couples ne devaient pas avoir d'antécédents de maladies psychiatriques, d'alcoolisme et de toxicomanie.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p><b>La méthode de collecte de données et outils de mesure :</b> L'enquête s'est déroulée entre mars 2007 et septembre 2008.</p> <p><u>Dans un premier temps</u> des données médicales ont été recueilli par le personnel médicale, en utilisant le score de "Gleason" (outil de mesures des stades du cancer de la prostate, se basant sur une échelle de 1 à 5 pour la taille de la tumeur, plus le nombre est élevé moins les cellules cancéreuses semblent normales). Selon la spécificité de la tumeur (antigènes), des points seront rajoutés au score de "Gleason", de ce fait le score total variera entre 6 et 10 (Cf tableau 1).</p> <p><u>Dans un deuxième temps</u>, les chercheurs ont distribué plusieurs auto-questionnaires ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluant les facteurs psychologiques et physiques de la qualité de vie, (12 items). Les scores physiques et mentaux vont de 0 à 100, un score élevé signifie une bonne qualité de vie physique et/ou mentale.</li> <li>• Évaluant l'anxiété sur 20 items, le score d'anxiété varie entre 20 et 80, plus le score est élevé plus le niveau d'anxiété est élevé.</li> <li>• Évaluant les symptômes dépressifs (CES-D) sur 20 items au cours de la dernière semaine. Le score des symptômes dépressifs varie entre 0 et 60, un score élevé représentent des symptômes dépressifs importants.</li> <li>• Évaluant les stratégies d'adaptation du stress WCC-R qui comprend 27 éléments et évalue 3 stratégies d'adaptation       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Basée sur le problème (10 items) → « J'ai changé quelque chose, pour que tout se passe bien ».</li> <li>2. Adaptation axée sur l'émotion (9 items) → « Je souhaiterais que la situation disparaisse ou soit terminée ».</li> <li>3. Recherche du soutien social (8items) → « j'ai parlé à quelqu'un qui pourrait faire quelque chose de concret au sujet du problème ».</li> </ol> </li> </ul>

	<p>Les items composant le questionnaire devaient être classés selon une échelle de Likert allant de 1 à 4 (allant de NON à OUI), un score élevé signifie que la stratégie d'adaptation est la plus souvent adoptée. Les patients et les conjoints ont dû répondre qu'elle stratégie avait été mise en place à l'annonce du diagnostic.</p> <p>→ Pour tous les questionnaires, les outils étaient satisfaisants selon les alphas de Cronbach.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les questionnaires ont été distribués à chaque personne à T1, T2, T3.</p> <p>T1 représentait le premier jour du traitement. T2 était un 1 mois après T1 pour les patients traités par radiothérapie et 3 mois après T1 pour les patients traités par chimiothérapie.</p> <p>T3 était 2 mois après T1 pour la radiothérapie et pour la chimiothérapie 6 mois après T1.</p>
Considérations éthiques	<p>Un consentement signé de tous les participants a été rendu et le protocole de l'étude a été approuvé par le comité Ethique de Bordeaux</p>
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	<p>Pour évaluer la corrélation entre les stratégies d'adaptation axées sur l'émotion et la qualité de vie, les chercheurs ont utilisé le modèle APIM. Celui-ci stipule que les réponses des couples ne sont pas indépendantes.</p> <p>C'est un modèle mixte utilisant une modélisation multiniveau pour estimer les paramètres, dans le but d'avoir un seuil de probabilité. L'analyse se base sur un réarrangement des réponses afin d'avoir des données par couple spécifiquement. Cependant, lorsque des données manquaient pour un membre du couple, ils étaient retirés de l'analyse.</p>
Présentation des résultats	<p>Dans cette étude, les chercheurs ont analysé l'effet des stratégies d'adaptation de l'acteur (patient) sur le partenaire et vice-versa.</p> <p><b>Stratégie axée sur le problème :</b> Les résultats démontrent que lorsque le patient met en place une stratégie d'adaptation axée sur le problème, il présente une anxiété et des symptômes dépressifs plus faibles, durant tout le processus de traitement. Cette stratégie d'adaptation mise en place par le patient agit aussi sur le conjoint ; il présente une anxiété et des symptômes dépressifs diminués durant tout le processus de la maladie, augmente son niveau de qualité de vie physique à T2 et augmente aussi son niveau de qualité de vie mentale à T3. A T2 et T3, les conjoints estimaient des niveaux d'anxiété élevé à T1 et un niveau de qualité de vie physique élevé. Par contre, les patients à T2, ressentaient un faible niveau de qualité de vie mentale.</p> <p><b>Stratégie axée sur l'émotion :</b> Ce type de stratégie d'adaptation, augmente l'anxiété et les symptômes dépressifs pour les membres de la dyade et est associé à une diminution du niveau de qualité de vie mentale. Lorsque le patient utilisait cette stratégie, au début du traitement, un faible niveau d'anxiété du partenaire était remarqué. Lorsque le conjoint utilisait cette stratégie, le patient présentait un faible niveau de qualité de vie mentale.</p> <p><b>Stratégie axée sur la recherche du soutien social :</b> Lors de la mise en place de cette stratégie, les patients ont déclaré avoir des niveaux d'anxiété et des symptômes dépressifs faibles à chaque moment du processus. A T2, les patients ont mentionné des niveaux de qualité de vie mentale élevé, cependant, les conjoints ressortent le niveau de qualité de vie physique plus élevé. Le soutien social des conjoints prédisait un haut niveau d'anxiété chez le patient à T1 et T3 et un faible niveau de la qualité de vie mentale à T2.</p>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	<p>Les résultats de l'étude démontrent que les stratégies d'adaptation sont en corrélation entre les membres du couple concernant l'état émotionnel et la qualité vie (ceci confirmant l'hypothèse du début). Les résultats confirment ceux des études antérieures ; ils montrent qu'un esprit de combattant améliore l'état émotionnel et l'adaptation centré sur le problème augmente le fonctionnement social.</p>



	<p>Les patients qui donc, se battent pour vaincre la maladie (centrée sur le problème) et recherchent du soutien social, permet aux conjoints de réduire leurs stress. Par contre, quand les conjoints utilisent la recherche de soutien social, il y a une forte anxiété et un faible niveau de qualité de vie chez les patients (T2). → Ceci peut être dû au fait que le patient le perçoit comme un sentiment d'évasion par le conjoint. Le patient peut aussi percevoir l'investissement du conjoint comme le fait qu'il croit que le patient n'est pas assez fort pour combattre la maladie tout seul.</p> <p>Lorsque les patients et leurs conjoints utilisent la culpabilité ou l'évitement comme stratégies d'adaptation (centrée sur l'émotion), ils éprouvent un niveau élevé d'anxiété et de symptômes dépressifs, ce qui entraîne une altération de la qualité de vie mentale. Et ces résultats sont semblables aux études antérieures.</p>
Forces et limites	<p><b>Limites :</b> Une des limites relevée est que, l'outil d'analyse des données (modèle APIM) était univarié. Ceci signifie que le patient ou le partenaire n'ayant pas répondu, le questionnaire n'est pas pris en compte. De plus, les variables sont auto-déclarées et ne reflètent donc pas l'anxiété, la qualité de vie et les symptômes dépressifs véritables.</p> <p>Le fait que la participation à l'étude est « bénévole », les personnes qui s'impliquent dans l'étude sont souvent en meilleure santé et ont donc moins de problèmes psychologiques. De plus, parfois le conjoint accepte de participer à l'étude mais pas le patient, ceci pose aussi donc problème, il faut avoir le couple en entier.</p> <p>Les variables ont été évaluées uniquement pendant le traitement ; il serait judicieux de le faire aussi lors de la rémission.</p> <p><b>Forces :</b> Le design transversal de l'étude permet d'évaluer l'impact de l'adaptation au fil du temps. Le fait que ce soit basé au moment du traitement, permet de se rendre compte de l'ampleur de l'impact qu'il a. De plus, cette étude met l'accent sur l'importance de considérer le conjoint lors des prises en charge.</p> <p><b>Conclusion :</b> Ces résultats apportent des informations importantes à la recherche sur l'état émotionnel et la qualité de vie des patients atteints d'un cancer de la prostate et leurs conjoints. Les résultats confirment la croyance que le cancer n'affecte pas seulement les patients. L'adaptation d'un membre de la dyade peut avoir un impact sur l'autre membre, mais il se pourrait que les patients et leurs conjoints</p> <p>Les divers résultats démontrent aussi l'importance des groupes de soutien qui comprennent les patients et leurs conjoints.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les études futures devraient inclure des indicateurs physiologiques de l'état émotionnel et de la qualité de vie afin que l'outil soit spécifique.</p> <p>Afin de réduire la problématique de recrutement (personne qui ne veulent pas participer) il faudrait recueillir les données démographiques et les informations médicales et surtout connaître la raison du refus d'y participer.</p> <p>Pour une prochaine étude, il serait intéressant, selon les chercheurs, d'évaluer la congruence des stratégies d'adaptation durant le traitement du cancer sur leur bien-être.</p>
Commentaires	<p>L'étude remercie l'institut national du cancer du Canada pour leur soutien financier.</p>

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille de résumé d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Ezer, H., Ricard, N., Bouchard, L., Souhami, Saad, F., Aprikian, & Taguchi. (2006). Adaptation of wives to prostate cancer following diagnosis and 3 months after treatment: A test of family adaptation theory. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 43(7), 827-838. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.05.004">https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.05.004</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le cancer de la prostate, est la deuxième cause de mortalité chez les hommes Nord-Américain. Les partenaires de patients atteints du cancer sont les premiers à devoir répondre aux exigences de la maladie. Ils assument la responsabilité de répondre aux besoins émotionnels et physiques du conjoint, ainsi que pour eux-mêmes. Suite aux divers traitements du cancer qui engendrent des difficultés urinaires et sexuelles. Ceux-ci ont un impact psychologique autant sur le patient que sur le partenaire.
Recension des écrits	Dans certaines études qualitatives, il existe des similitudes entre les perceptions des hommes et de leurs femmes concernant leur maladie à long terme. Il y a également des différences importantes quant à la perception du stress et des stratégies d'adaptations, au cours de la 1 <sup>ère</sup> année suivant le diagnostic. Une étude a déterminé les facteurs d'adaptation des femmes des hommes ayant un cancer de la prostate, durant la phase initiale de la maladie. Les résultats ont démontré que les symptômes liés à la maladie, aux ressources personnelles, aux ressources familiales et à la signification de la situation, affectaient directement l'adaptation des femmes.
Cadre théorique ou conceptuel	<p><u>Les perspectives théoriques : (Modèle du stress familial et théorie de l'adaptation)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>La détresse du symptôme</u> : Les conditions aiguës et chroniques du cancer créent des exigences pour les membres de la famille. Les demandes ont souvent été décrites comme une détresse en réponse aux symptômes physiques et émotionnels. Pour le cancer de la prostate, les symptômes les plus fréquents sont les problèmes de continence urinaire et du fonctionnement sexuel. Les épouses présentaient de la détresse tandis qu'elles tentaient d'aider leurs maris à faire face aux conséquences physiques et émotionnelles du traitement. Dans une étude, il a été constaté que les couples sexuellement actifs avant le diagnostic, ont signalé des changements négatifs, découlant de l'impuissance suite au traitement. Ils citaient l'image corporelle perturbée, la perte de spontanéité et les émotions sexuelles comme étant les plus difficile à gérer. Les femmes ont adopté une attitude positive et étaient généralement moins perturbées que leurs partenaires. Cependant, les activités de la vie quotidienne des femmes, ont été perturbées par l'incontinence des hommes. Contrairement à l'avis des femmes, les hommes ont indiqué que les rapports sexuels et l'intimité étaient satisfaisant grâce aux sentiments d'amour exprimé par d'autres moyens.</li> <li>2. <u>Les ressources personnelles</u> : Les ressources psychologiques telles que l'optimisme, la résistance et le sens de la cohérence sont des facteurs importants de l'adaptation. Le SOC est identifié comme une ressource personnelle dans la théorie de l'adaptation familiale. Il est déterminé par 3 composantes qui sont ; la compréhension des événements (le sentiment donné aux événements), la gestion de ceux-ci (ressources disponibles pour répondre aux exigences des événements) et la signification du tout (les exigences sont des défis et demandent de l'investissement et de l'engagement).</li> <li>3. <u>Les ressources familiales</u> : Dans la littérature, il est dit que la cohésion, la flexibilité et la communication sont essentielles au fonctionnement efficace de la famille. Chez les couples vivant avec un cancer de la prostate, au moment du diagnostic et du choix du traitement, les femmes estiment qu'elles jouent un rôle essentiel dans le processus décisionnel. Elles tentent d'aider leurs maris émotionnellement. Les couples mettent</li> </ol>

	<p>tout en œuvre ensemble, pour retrouver un équilibre dans la relation conjugale et dans les activités de la vie quotidienne. Cependant, dans une étude, il a été constaté des signes de tensions et de conflits pour certains couples, car certaines femmes souhaitaient plus de discussion sur les divers problèmes.</p> <p>4. <u>L'évaluation de la situation</u> : Une étude concernant les proches aidants de patients recevant une radiothérapie a remarqué que la santé, la classe sociale, l'âge et le niveau de scolarité des proches aidants avaient une corrélation négative avec les évaluations. Ceci démontre, que les personnes ayant moins de ressources personnelles et matériels ont plus tendance à percevoir la situation comme menaçante. Dans une étude il a été constaté que, le fait de prendre conscience de l'évaluation de l'impact de la « menace » permet de mesurer les conséquences sur l'humeur et de réduire les effets de la détresse des symptômes.</p> <p>5. <u>L'adaptation au cancer de la prostate</u> : Quelques études qualitatives ont rapporté certaines expériences des femmes. Les réponses émotionnelles, le besoin d'informations sur les effets du traitement et les moyens de les gérer ainsi que la nécessité de verbaliser les préoccupations étaient des thèmes importants pour les hommes et leurs femmes durant la phase chronique. L'importance du rôle des femmes dans la gestion de la maladie et l'importance de les inclure dans les programmes de soins, est également ressorti comme un thème récurrent. Les couples ont verbalisé que le diagnostic était un choc. 1 an suivant la chirurgie, les stratégies d'adaptation étaient de : traiter les aspects pratiques, empêcher la maladie d'interférer avec la vie quotidienne, maintenir les relations professionnelles et de gérer les sentiments. De plus, dans une étude concernant le soutien au sein de la dyade, il est ressorti que la considération active dépendait de la nature du soutien que les patients donnaient à leurs conjoints. Dans une étude il est démontré que pour les patients et leurs femmes, le sens de la cohérence est un prédicteur important sur le stress psychologique, les ressources spirituelles et familiales. Dans une étude sur l'adaptation et la détresse psychologique chez les couples, il a été prédit que les stratégies d'adaptation des conjoints démontraient une détresse psychologique, 5 mois après le diagnostic.</p> <p>En résumé, les épouses sont actives quant aux conséquences de la maladie du cancer de la prostate. Elles ont une expérience personnelle, qui peut différer de celle de leurs partenaires. Cependant, peu de facteurs prédisent les stratégies d'adaptation à propos de la maladie au cours de la phase initiale.</p>
Hypothèses/question de recherche/buts	<p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Examiner les facteurs tel que : les symptômes de la détresse psychologique, les ressources personnelles et familiales et de l'évaluation situationnelle, dans le but d'analyser leurs contributions à l'adaptation des femmes avant le traitement (T1) et 3 mois plus tard (T2).</li> <li>➤ Vérifier le rôle de l'évaluation en tant que médiateur (variable qui affecte le lien entre les autres) dans le modèle d'adaptation à T1 et T2.</li> <li>➤ Déterminer un potentiel changement entre les variables prédictives à T1 et T2 et qui expliquerait l'adaptation des femmes à T2.</li> <li>➤ Déterminer un potentiel changement entre les variables prédictives à T1 et T2, et ceci expliquerait les modifications des adaptations entre T1 et T2.</li> </ul>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis prospectif et corrélationnel
Population, échantillon et contexte	<p><b>Contexte :</b> Les individus ont été recrutés dans des cabinets de radiologie, oncologique et d'urologie dans 3 grands centres urbains à Montréal au Canada.</p> <p><b>Population/Echantillon :</b> Sur les 188 couples contactés, 70 femmes ont répondu au questionnaire à T1 et T2. L'âge moyen des 70 épouses était de 63,7 ans et le nombre d'année de mariage était de 34,6 ans.</p> <p><b>Critères d'inclusion :</b> Les couples doivent cohabiter depuis minimum 1 an, comprendre le français ou l'anglais et n'ayant pas d'enfants de moins de 16 ans vivant à la maison.</p>

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p><b>Méthode :</b> Des questionnaires ont été donné séparément à chaque partenaire à T1 (avant le traitement de radiothérapie ou de prostatectomie radicale) et à T2 (3 mois plus tard).</p> <p><b>Instruments de mesure :</b>  <u>Adaptations :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adaptation—the Psychosocial Adjustment to Illness Scale–Spouse version (PAIS). Comprenant 46 items reflétant les dimensions de l’adaptation des rôles.</li> <li>2. The Profile of Mood States (POMS). Une échelle de 65 Items, mesurant la perturbation de l’humeur reflétant les composantes émotionnelles de l’adaptation.</li> </ol> <p><u>Symptômes propres au cancer de la prostate :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. UCLA/RAND Prostate Cancer Index, est une échelle mesurant la perception des épouses quant aux symptômes urinaires et sexuelles de leur mari.</li> </ol> <p><u>Sens de la cohérence (SOC) :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Une échelle de 29 items d’Antonovsky, mesurant le sens de la cohérence. Elle permet à l’individu de se rendre compte des ressources personnelles.</li> </ol> <p><u>Echelle d’adaptation familiale et évaluation de la cohésion :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Family adaptability and cohesion evaluation scale–II (FACES-II), mesurant les concepts de cohésion familiale, de flexibilité et de communication (30 items).</li> </ol> <p><u>Echelle d’évaluation subjective (SRAS) :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SRAS est une échelle de 10 items, développée pour évaluer l’évaluation de la situation. Elle donne un score pour l’impact de la situation et un score pour la maîtrise de cette situation.</li> </ol> <p>→ Pour la majorité des échelles, elles étaient satisfaisantes selon les alphas de Cronbach. Cependant, pour l’échelle d’adaptation POMS, un alpha Cronbach a été faite à chaque sous-échelle et se situait entre 0,71 et 0,90. Il y avait uniquement un seul item en dessous de 0,80 au T1. De plus, pour l’échelle SRAS, soit la deuxième mesure « maîtrise de la situation » a été abandonné pour les analyses ultérieures, car elle présentait un alpha de Cronbach non satisfaisant.</p>
Déroulement de l’étude	Les hommes et leurs femmes ont reçu une explication écrite lors d’une visite dans l’un de ces cabinets et ont retourné leurs réponses, indiquant leur volonté de participer. Sur les 188 couples contactés, 81 femmes ont répondu au questionnaire à T1 et 70 femmes à T2.
Considérations éthiques	L’étude a passé par les procédures d’examen scientifique et éthique des commissions d’examens institutionnels des hôpitaux.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	L’analyse des données a démontré qu’aucune des échelles, à l’exception de celle du fonctionnement sexuel, n’avaient plus de 5% d’éléments manquants. Cependant, ils ont été assemblés avec la moyenne générale des réponses des femmes. Des tests statistiques ont été effectués, pour valider les hypothèses de linéarité, de normalité et d’homoscédasticité (uniformité des variables aléatoires). Des statistiques descriptives et des tests de corrélations ont été réalisés, dans le but de déterminer les variables à conserver pour les régressions ultérieures. Les tests de corrélations entre les différentes variables démographiques (âge, éducation, revenu,…) ont démontré de faibles liens avec l’adaptation. Ceci n’a donc pas été inclus dans les analyses ultérieures.

	<p>Deux des variables de l'étude, ont été abandonné concernant des tests de régressions (ensemble de méthodes statistiques pour analyser la relation d'une variable par rapport à une ou plusieurs autres). Il s'agissait de l'échelle sexuelle qui présentait aucune corrélation avec l'adaptation au T1 et l'échelle de maîtrise qui avait un faible Cronbach et qui ne correspondait qu'à l'adaptation émotionnelle à T1. Les tests de régressions ont été faits séparément pour PAIS et POMS. Les hypothèses ont été testées grâce à diverses équations afin d'expliquer et prouver des variables prédictives. Les chercheurs ont effectué 3 équations statistiques de régression, afin de voir si certaines variables étaient prédictives ou médiatrices.</p>
Présentation des résultats	<p>Il est démontré que les différentes variables étaient des prédicteurs modérées à forts pour le PAIS et des prédicteurs moyennement forts pour POMS. Toutes les variables de l'étude ont contribué à expliquer l'adaptation. Le prédicteur le plus fort et le plus cohérent était le « SOC » pour les deux mesures de l'adaptation, suivi de FACES pour POMS et IMPACT pour PAIS. La fonction urinaire comme mesure de la détresse des symptômes est également apparue comme prédictive pour le PAIS et le POMS, mais seulement à T1.</p>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	<p>Le score des femmes concernant l'adaptation générale et l'adaptation psychologique a démontré que celles-ci s'adaptaient autant facilement au moment du diagnostic que 3 mois plus tard. Ces résultats ne sont pas cohérents avec ceux d'autres études qui rapportent un niveau inférieur d'adaptation général et plus de détresse psychologique au moment de la phase initiale du diagnostic.</p> <p>Il a été démontré que « l'adaptation positive » des épouses s'explique grâce aux apports théoriques concernant l'adaptation familiale (le fait d'avoir cette théorie est donc un prédicteur quant à une meilleure adaptation).</p> <p>Les femmes ayant un sens de cohérence (SOC) plus élevé ont montré une meilleure adaptation générale ainsi qu'un meilleur état psychologique, et ceci est cohérent avec les résultats d'autres études.</p> <p>Les ressources familiales étaient des prédicteurs importants de l'humeur 3 mois après l'annonce du diagnostic, ceci suggère que même si les conjoints avaient une perception de ressources élevées quant à la famille, ces ressources n'ont pas été mobilisées au tout début de la maladie. Les littératures précédentes appuient ce résultat ; certaines études ont remarqué que le fonctionnement familial permettait de mieux s'adapter à différents moments de la maladie.</p> <p>Conformément aux résultats rapportés dans d'autres études, les perceptions des femmes concernant la fonction urinaire de leurs maris étaient associées à leur adaptation au début de l'expérience, alors que, concernant le fonctionnement sexuel des maris, n'étaient pas statistiquement significatif. Cela peut être lié à l'âge plus élevé des femmes ou à la capacité des femmes à minimiser l'importance de la diminution de la fonction sexuelle, à cette période de la maladie.</p> <p>Bien qu'il existe déjà une importante littérature concernant la signification de l'évaluation donnée à la maladie du cancer, il y a des limites dans l'étude de ce concept. Il existe des chevauchements conceptuels entre l'évaluation et d'autres concepts, des problèmes quant à la mesure de celle-ci et un manque d'attention donné à ce concept lors des études sur les membres de la famille. D'un point de vu infirmier, régulièrement l'évaluation de la maladie par les membres de la famille est pertinente. De même, bien que l'évaluation joue un rôle central dans le stress individuel ou familial et dans les théories de l'adaptation, la disponibilité de mesures avec de fortes propriétés psychométriques demeurent une préoccupation majeure. Bien que cette étude ait tenté d'aborder cette question, les résultats ont démontré des évaluations de l'impact limitées en tant que médiateurs entre les ressources et l'adaptation. Une découverte qui peut être liée à la mesure utilisée plutôt qu'au concept lui-même.</p> <p><u>Implications cliniques :</u></p> <p>D'un point de vue clinique, les résultats liés au sens de la cohérence suggèrent qu'une identification précoce de la façon dont les femmes évaluent la situation, peuvent fournir une orientation pour les interventions infirmières. Les interventions peuvent s'appuyer sur un SOC existant, ou peuvent être orientées vers la promotion des éléments du sens de la cohérence lorsqu'ils sont bas. Aider les femmes à croire que la vie a une signification face à la menace du cancer, est important. Être capable de reconnaître leurs propres capacités d'adaptation et leurs ressources aidera les femmes à sentir qu'elles peuvent gérer la maladie. Fournir des informations pertinentes et appropriées à des moments critiques, les aidera également à estimer que la situation est gérable.</p> <p>Les femmes qui semblent avoir un faible sentiment de cohérence pourraient bénéficier d'une aide physique supplémentaire et d'un soutien émotionnel</p>

	<p>d'autres membres de la famille ou d'autres services de soutien au début de la maladie. Ces types d'interventions peuvent aider les femmes à mobiliser leurs ressources internes et les aideront à les soutenir.</p> <p>Les femmes qui perçoivent leur relation conjugale comme « bonne », en étant proches et qui participent aux décisions peuvent néanmoins être réticentes quant à l'expression de leur anxiété afin de ne pas bouleverser ou décourager leurs conjoints. Un soutien et un encouragement de la part des professionnels est donc primordial.</p> <p>La découverte, concernant l'évaluation de la menace (impact) qui joue un rôle concernant l'adaptation, est conforme aux résultats d'autres études. Il est donc nécessaire d'explorer les croyances, les expériences et le degré de la menace qu'ont les femmes quant au cancer de la prostate, surtout au début de la maladie. L'information sur les traitements et la gestion des effets secondaires, aideraient à atténuer l'incertitude et à diminuer la menace que représente la maladie.</p> <p>Dans l'ensemble, les résultats suggèrent qu'une évaluation minutieuse des différentes dimensions de l'adaptation est nécessaire pour obtenir « une image » de l'expérience des femmes dans les différentes phases psychosociales et la maladie. La phase psychosociale initiale doit être reconnue comme une crise qui offre des interventions pour les deux partenaires confrontés au cancer de la prostate.</p>
Forces et limites	<p><b>Limites :</b> l'échantillon final de l'étude a été légèrement faussé car, les 11 femmes qui ont quitté l'étude entre le temps 1 et 2, étaient des femmes qui n'étaient « pas bien » ou « qui n'avaient pas réussi à s'adapter, à surmonter l'épreuve ». L'âge et les années de mariage peuvent aussi avoir été des facteurs qui ont favorisé une meilleure adaptation.</p> <p>De plus, l'échantillon peut être également faussé, car les couples participants avaient déjà une bonne cohésion de couple avant le diagnostic.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cette étude souligne un certain nombre de possibilité pour les futures études. Les problèmes liés à l'évaluation de la sexualité pendant le cancer et l'âge avancé, ont été décrits dans la littérature. Cependant, beaucoup de travail reste à faire dans ce domaine. Les résultats dans cette étude devraient également être suivi d'étude concernant les interventions infirmières abordant les dimensions de compréhension, de gestion et de signification du sens de la cohérence. Les interventions pouvant augmenter le sentiment de cohésion au sein du couple et la volonté d'adopter des stratégies devraient être examinées dans la recherche en soins infirmiers. Les interventions en soins infirmiers telles que le remaniement cognitif qui vise les stratégies négatives des femmes, devraient également être évaluées.</p>
Commentaires	<p>Cette étude a été soutenue par des subventions reçues de la Fondation de recherche de l'Hôpital général de Montréal et des subventions du Conseil de recherches en sciences sociales pour l'Université McGill.</p>

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille de résumé d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Green, H. j., Wells, D. j. n., & Laakso, L. (2011). Coping in men with prostate cancer and their partners: a quantitative and qualitative study. <i>European Journal of Cancer Care</i> , 20(2), 237-247. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2010.01225.x">https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2010.01225.x</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le cancer de la prostate est la maladie la plus fréquente chez les hommes australiens et est la deuxième cause de décès la plus fréquente. Les facteurs de stress associés à celui-ci affectent le patient mais aussi ses proches. Il est important de comprendre comment les patients et leurs familles font face à cette maladie qui influence considérablement leur bien-être.
Recension des écrits	<p>Il est possible de mesurer les résultats des stratégies d'adaptation en évaluant la qualité de vie des patients liée à la santé. Cette qualité de vie liée à la santé (QVH en anglais) se réfère aux perceptions que le patient a de son bien-être sur le fonctionnement physique, émotionnel, social et spirituel. Le cancer de la prostate influence donc ses différentes composantes.</p> <p>Le modèle de Lazarus et Folkmann permet de comprendre comment les individus font face (stratégies d'adaptation) face au stress. Lors d'un facteur stressant, l'individu met un place une évaluation cognitive et en découle ensuite une stratégie d'adaptation.</p> <p>Il a été constaté que les hommes atteints d'un cancer de la prostate qui utilisaient l'évitement (évité le problème) comme stratégies d'adaptation étaient plus sensibles psychologiquement et physiquement que les hommes qui recherchaient des informations, planifiaient et se confrontaient aux problèmes. De plus, les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion ont démontré un meilleur ajustement.</p> <p>En ce qui concerne le couple, il a été remarqué que, souvent, ils étaient en accord concernant les diverses dimensions de la qualité de vie (érection, fonction physique, rôle social, problèmes de sommeil, perte de poids, satisfaction sexuelle). Lors de différences, les partenaires ont eu tendance à supposer que leur mari avait une mauvaise qualité de vie, tandis que le patient la trouvait mieux. Ces différentes perceptions peuvent donc induire différentes stratégies d'adaptation dans le couple.</p> <p>Dans une étude, il a été démontré que les couples utilisaient des stratégies d'adaptation similaires. Cependant, certains patients ont cité une plus grande gamme de stratégies d'adaptation ainsi qu'une plus grande fréquence d'utilisation que leur partenaire.</p> <p>Dans une étude de groupes de discussions mené séparément, il a été constaté que des patients avec métastases considéraient les symptômes urinaires et érectiles comme affectant principalement la qualité de vie, alors que pour leur partenaire la qualité de vie était plus touchée à l'annonce du diagnostic.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Lazarus et Folkmann
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Le but de cette étude est d'évaluer la qualité de vie et les stratégies d'adaptation mises en place, individuellement, que ce soit des patients avec ou sans partenaire. Les partenaires seront également évalués individuellement. De plus, cette étude permettra d'aboutir à des résultats quantitatifs et qualitatifs.</p> <p><b>Hypothèses :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'approche comme stratégie d'adaptation : est associée à une meilleure qualité de vie et que l'évitement soit associé à une moins bonne qualité de vie.</li> </ol> <p>Les partenaires évaluent la qualité de vie des patients de manière égale voir moins bonne que les patients eux-mêmes.</p>

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis descriptif
Population, échantillon et contexte	<p><b>Population</b> : 105 hommes atteints de cancer de la prostate, âgé de 48 à 86 ans ainsi que 85 partenaires de 48 à 84 ans.</p> <p><b>Critères inclusion/exclusion</b> : aucun Cependant au niveau démographique, divers résultats sont apparus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le niveau d'étude</li> <li>○ Le temps après l'annonce du diagnostic (médiane = 26 mois)</li> <li>○ Le taux de PSA</li> <li>○ Les traitements : la surveillance active (n=7), la radiothérapie (n=2), intervention médicale (n=15), prostatectomie (n=50), traitements combinés (n=26), pas de traitement (n=5)</li> </ul> <p><b>Contexte</b> : Queensland en Australie Des participants venaient d'hôpitaux publics ou de cabinets privés dans les services d'urologies (36%). Pour les 64% autres participants, ils ont été contactés par des groupes de soutien du cancer.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p><b>Outils de mesure et collectes de données</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Des auto-questionnaires qui mesuraient la démographie, les traitements, les stratégies d'adaptation et la qualité de vie liée à la santé. Les patients ont répondu uniquement pour eux, alors que les partenaires ont répondu aux questionnaires pour eux et également à la place de leur conjoint.</li> <li>○ L'échelle abrégée de stratégies d'adaptation dyadique (ADAS) : elle sert à mesurer la satisfaction des relations et à déterminer les différences de satisfaction relationnelle entre les couples. Cette échelle est composée de 7 items.</li> <li>○ La Bref COPE : c'est un outil de mesure composé de 28 items, concernant les stratégies d'adaptation. Les réponses peuvent aller de : 1 « JE NE L'AI PAS FAIT DU TOUT » à 4 « JE L'AI BEAUCOUP FAIT ».</li> <li>○ Un questionnaire évaluant la qualité de vie du cancer (QLQ-C30). Elle est composée de 30 items et est utilisée pour la recherche clinique pour le cancer. Pour certaines réponses les points variaient de 1 à 4, allant de « PAS DU TOUT » à « BEAUCOUP ». Pour les autres réponses, les points variaient de 1 à 7, allant de « TRES FAIBLE » à « EXCELLENT ».</li> <li>○ Questions ouvertes : pour évaluer les perceptions personnelles des participants concernant les stratégies d'adaptation, 3 questions ouvertes ont été formulées : « décrivez les aspects positifs du diagnostic » « veuillez décrire les aspects négatifs du diagnostic » « Décrivez toutes les stratégies que vous avez utilisé à partir de l'annonce du diagnostic jusqu'à ce jour ».</li> </ul>
Dérroulement de l'étude	Les répondants ont rempli les questionnaires à divers « temps de la maladie » et du processus de l'étude. Les questionnaires ont été retournés par enveloppes prépayées. Chaque questionnaire a été codé, ce qui a permis de séparer les réponses des dyades et des célibataires.
Considérations éthiques	L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique.



<p><b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données</p>	<p>Conformément au manuel mesurant la qualité de vie, il devait y avoir au moins la moitié des réponses des échelles citées précédemment, afin qu'elles soient prises en compte.</p> <p>Les nausées et la douleur n'ont pas été analysées, en raison de non réponses de tous les participants. De plus, certains patients ont omis de répondre à certaines mesures, concernant le taux de PSA, la satisfaction de relation et le traitement.</p> <p>3 partenaires n'avaient pas signalé leur âge ni leur niveau d'étude. D'autres n'ont pas stipulé leurs stratégies d'adaptation.</p> <p>Malgré certaines données manquantes, les cas ont quand même été inclus dans les analyses, si celles-ci étaient pertinentes. Les chercheurs ont utilisé des tests statistiques non paramétriques afin de comparer les rapports des partenaires et des patients (test de Wilcoxon).</p> <p>Des corrélations de Spearman ont été utilisées pour comparer la qualité de vie et les stratégies d'adaptation. La satisfaction des partenaires, le fonctionnement émotionnel, le fonctionnement social et l'état de santé globale présentaient un écart négatif, c'est pourquoi les auteurs ont utilisé des transitions de réflexion et des racines carrées pour le corriger. Le fonctionnement physique a été jugé très élevé par la plupart des participants et a été subdivisé en deux, de « aucunes difficultés » à « certaines difficultés ».</p> <p>La régression hiérarchique multiple a été utilisée pour les groupes de prédicteurs, pour chaque domaine de la qualité de vie, afin de déterminer l'importance relative des prédicteurs. Les variables démographiques et médicales ont été introduites en premier, suivi des mesures de satisfaction des relations et des stratégies d'adaptation. La régression logistique a été utilisé pour les variables de la qualité de vie (fonction physique et le rôle).</p> <p>Des analyses de contenu ont été effectuées concernant les 3 questions ouvertes. Concernant les réponses des aspects positifs et négatifs du diagnostic, elles ont été classées par thème émergents. La question ouverte sur les stratégies d'adaptation, a été analysée et classée selon les mêmes rubriques de l'échelle bref-COPE. Puis, toutes les réponses ont été également classées indépendamment par un étudiant en psychologie postuniversitaire.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p><b>Satisfaction relationnelle</b></p> <p>Elle a été comparée entre les hommes ayant un partenaire participant à l'étude (n=83) et les autres (n=14). La satisfaction était supérieure chez les hommes dont les partenaires ayant participé à l'étude. Il n'y avait aucune différence entre les patients et leurs partenaires en rapport à l'échelle ADAS.</p> <p><u>Mesures normalisées de la qualité de vie et du coping :</u></p> <p>Les tests de Wilcoxon ont permis de constater que les patients ont signalé une utilisation significativement plus élevée des stratégies d'adaptation positives que les stratégies d'adaptation négatives telle que l'évitement.</p> <p><u>Comparaison des réponses des patients et des partenaires :</u></p> <p>Les évaluations faites par les partenaires et les patients à propos de la qualité de vie ont été comparé par le biais du test de Wilcoxon. Les partenaires ont évalué le fonctionnement émotionnel du patient comme significativement pire que les patients eux-mêmes. De plus, le fonctionnement social des patients a été jugé significativement meilleur par les partenaires que par les patients. Toutes les réponses en lien avec les items de l'échelle de la qualité de vie, avaient un lien de corrélation de moyen à important. Statistiquement les partenaires et les patients avaient des stratégies d'adaptation similaires concernant l'évitement. Cependant, il y avait une différence significative quant aux stratégies d'adaptation positives ; les patients ont signalé une plus grande utilisation de celle-ci que de leur partenaire.</p> <p><u>Prédicteurs pour la qualité de vie :</u></p> <p>Un niveau d'éducation plus élevé prédit une fatigue diminuée chez les patients et de meilleurs fonctionnements physiques. La chirurgie était associée à une meilleure fonction émotionnelle et à une fatigue plus faible.</p> <p>La satisfaction relationnelle était plus élevée lorsque le patient utilisait des stratégies d'adaptation positives tandis que le partenaire utilisait des stratégies d'adaptation négatives. De plus, ceci affectait la fonction du rôle mais améliorait le fonctionnement émotionnel.</p> <p>Lors d'une grande utilisation de stratégie d'adaptation de l'évitement, il y a une corrélation significative avec un mauvais fonctionnement</p>

	<p>émotionnel, social et une fatigue plus élevée.  La satisfaction de la relation par les partenaires et les stratégies d'adaptation positives ont démontré des corrélations similaires à celles des patients. Cependant, lors d'évitement des partenaires, le patient va également utiliser cette stratégie (statistiquement significatif).  Un meilleur fonctionnement physique a été corrélé avec le fait de ne pas avoir de médicaments ou de traitement combiné et en utilisant moins de stratégie d'évitement. Plus la stratégie de l'évitement est réduite, meilleur sera le fonctionnement émotionnel.</p> <p><u>Données qualitatives :</u>  <b>Points positifs et négatifs :</b> 64 partenaires et 86 patients ont répondu aux questionnaires. Jusqu'à 6 points négatifs et positifs ont été identifiés : la maladie et le traitement, l'interpersonnel, l'appréciation de la vie, la santé et les priorités de la vie. Ces thèmes pouvaient apparaître tant aux points négatifs que positifs. Le dysfonctionnement sexuel était vu comme un aspect négatif pour 33% des partenaires et 28% des patients.  L'interpersonnel positif des partenaires était : le patient (44%), les amis et la famille (26%), le personnel médical (15%) et les autres personnes atteint de cancer de la prostate (15%).</p> <p><b>Adaptation :</b> La majorité des partenaires (52%), ont utilisé de multiples stratégies d'adaptation. 42% utilisaient un soutien instrumental, 28% un soutien affectif / émotionnel, 22% ont utilisé des stratégies de coping positive, 18% l'acceptation et 15% l'adaptation religieuse. En termes de soutien instrumental, 38% ont fait référence au patient, à la famille et à leurs amis comme source d'information. 25% des partenaires ont utilisé des sources d'informations écrites. 21% se sont dirigés vers un groupe de soutien du cancer et 8% ont utilisé internet.  En termes de soutien émotionnel, 65% se sont dirigés auprès de la famille et des amis, 15% auprès de leur partenaires et 15 % auprès des groupes de soutien.</p>
<p><b>Discussion</b>  Interprétation des résultats</p>	<p>Au vu de la diversité des items de la qualité de vie, différents prédicteurs sont ressortis. Des analyses multivariées ont été effectuées, à la fois avec ou sans variables des partenaires, démontrant que la seule variable significative associée, était la satisfaction des relations. Une plus grande satisfaction relationnelle chez les hommes qui avait un partenaire participant a été associée à une plus grande fonction émotionnelle. Il a été également remarqué que l'éducation supérieure était associée à un meilleur fonctionnement du rôle et à une réduction de la fatigue. L'utilisation de médicaments ou de traitements combinés prédisaient un mauvais fonctionnement physique et fonctionnel.  Une utilisation plus faible des stratégies d'évitement, était associée à un meilleur fonctionnement émotionnel, physique, social et une fatigue plus faible.  Ces découvertes confirment les études antérieures et n'ont pas réussi à démontrer des effets bénéfiques des stratégies d'adaptation positives.  Les partenaires ont signalé un mauvais fonctionnement émotionnel pour les patients que les patients ont signalé eux-mêmes, ceci confirme d'autres recherches. Cependant, les partenaires ont évalué le fonctionnement social du patient plus élevé que les patients eux-mêmes.  Conformément aux études précédentes, la majorité des patients et des partenaires ont utilisé de multiples stratégies d'adaptation face à un diagnostic du cancer de la prostate. Les résultats actuels étayaient les hypothèses concernant l'évitement ; celui-ci n'est pas la meilleure stratégie, pour améliorer la qualité de vie à long terme.  L'activité physique est une composante importante du traitement du cancer et est considérée comme négative s'il est utilisé à mauvais escient.  En ce qui concerne la sexualité au sein du couple, elle est compatible avec certains résultats mais pas tous. Ce résultat peut être dû au fait que l'échantillon provient de groupe de soutien, qui ont tendance à parler librement de ce sujet.  La maladie et son traitement peut être vu comme un aspect positif ou négatif, et la reconnaissance de celle-ci peut être utilisé comme une stratégie d'adaptation malgré son impact potentiellement négatif sur le couple.</p>
<p>Forces et limites</p>	<p><b>Limites :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les participants n'ont pas dû spécifier les caractéristiques de la maladie (stade, grade, statut de la maladie).</li> <li>➤ Cette étude se rapporte plus auprès de patients, bien cliniquement, car ils ont été recrutés dans des unités ambulatoires et des groupes de</li> </ul>

	<p>soutien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les partenaires n'ont pas eu besoin d'identifier leur sexe, de sorte à ne pas influencer l'échantillon.</li> <li>➤ Il est possible que certain couple ait rempli le questionnaire ensemble, alors qu'ils étaient invités à répondre séparément.</li> <li>➤ L'échelle de fonctionnement social chez les patients avait une fiabilité faible (un Cronbach à 0,62 contre 0,85 pour les partenaires)</li> <li>➤ L'analyse des données qualitatives manque de certaines fonctionnalités plus importantes.</li> <li>➤ Les résultats actuels suggèrent que les stratégies d'adaptation et la qualité de vie des couples, peut également s'appliquer pour les patients célibataires.</li> </ul>
Conséquences et recommandations	Les résultats confirment les recherches antérieures, concernant la prise en compte de l'adaptation et de la qualité de vie, des patients et des partenaires. Les résultats suggèrent que les stratégies d'adaptation et la qualité de vie des dyades sont susceptibles de s'appliquer qu'aux patients.
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille de résumé d'un article scientifique Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Street, A. f., Couper, J. w., Love, A. w., Bloch, S., Kissane, D. w., & Street, B. c. (2010). Psychosocial adaptation in female partners of men with prostate cancer. <i>European Journal of Cancer Care</i> , 19(2), 234-242. doi:10.1111/j.1365-2354.2008.01012.x
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le cancer de la prostate peut être considéré comme une maladie relationnelle. En effet, ses conséquences physiques et psychosociales peuvent affecter des relations significatives, en particulier lors de relations intimes.
Recension des écrits	En Australie, le cancer de la prostate est le plus diagnostiqué, affectant 1 homme sur 9 avant l'âge de 75 ans et 1 homme sur 5 avant 85 ans. Les hommes plus âgés, vivent avec des attentes plus significatives concernant leur santé, que pour les générations précédentes. Cependant les hommes plus jeunes, ont un diagnostic du cancer avec des formes plus agressives et ceci menace considérablement l'espérance de vie globale et affecte leur qualité de vie. Dans les 2 cas, le cancer et les traitements ont un impact marqué sur les hommes et leurs partenaires.
Cadre théorique ou conceptuel	Lazarus et Folkmann
Question de recherche/buts	<b>But :</b> Est d'explorer l'adaptation psychosociale des femmes vivant avec des hommes ayant un diagnostic de cancer de la prostate, localisé ou métastatique. L'étude se concentre sur la détresse des femmes, explore leurs stratégies d'adaptation, l'influence sur le bien être psychosocial et les relations dans le couple.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	C'est une étude qualitative observationnelle et longitudinale.
Population, échantillon et contexte	<b>Population :</b> 60 femmes, <b>Echantillon :</b> 50 femmes sélectionnées, car 10 femmes ont été retirée, pour cause de décès de leur partenaire, crise de santé personnelle ou familiale ainsi que pour cause de fatigue. <b>Contexte :</b> Recrutement dans 5 hôpitaux publics et des cabinets privés dans la région métropolitaine de Melbourne <b>Critère d'inclusion :</b> les femmes ne souffrant pas de cancer actif ou d'une autre maladie psychique, n'ayant pas de déficience intellectuelle et parlant couramment l'anglais.

Méthode de collecte des données / déroulement de l'étude	<p><b>Méthode de collecte de données :</b> Des entretiens semi-structurés ont été effectués avant le début du traitement, ou peu après (T1) et 6 mois plus tard. L'intention du 1<sup>er</sup> entretien était d'explorer l'effet du diagnostic sur la relation de couple. Les questions liées à la sexualité, à la continence et à la vie sociale ont été discutées. Le 2<sup>ème</sup> entretien s'est porté sur des thèmes similaires, en mettant l'accent sur l'exploration, des stratégies d'adaptation adoptées par ces femmes au cours des 6 derniers mois. Ceci a pour but, de comprendre l'impact sur la relation couple au fil du temps. Les entretiens au Temps 1, ont été effectués au domicile des couples. Les entretiens au Temps 2, ont été menés par téléphone. Des questionnaires comprenant des détails sociodémographiques et des échelles de détresse psychologique et des symptômes dépressifs, ont été remplis par les femmes au T1 et T2.</p> <p><b>Outil de mesure :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une échelle de symptômes (BSI) psychologiques de 53 items qui donne une cote globale de la détresse psychologique.</li> </ul>
Considérations éthiques	<p>L'approbation de l'éthique a été obtenue auprès des comités d'éthique de la recherche dans chacun des 5 hôpitaux publics impliqués de l'Université de Melbourne. Un consentement écrit a été rempli par les femmes.</p>
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	<p>Les entretiens ont été enregistrés, transcrits et analysés selon le programme informatique NVivo7. Chaque cas a été différencié avec un résumé sociodémographique de la femme, ainsi que l'âge, le stade du cancer et le traitement du patient. Les deux entrevues ont été intégralement retranscrites. Au début de l'étude, toutes les femmes ont exprimé leur détresse psychologique. Cependant la 1<sup>ère</sup> analyse d'entrevues, a démontré des différences concernant les stratégies mises en place. Lors de la 2<sup>ème</sup> analyse, les chercheurs ont séparé deux groupes de femmes (11 et 39), selon leur niveau de dépression et d'anxiété (BSI).</p>
Présentation des résultats	<p><b>Présentation des résultats sociodémographique :</b> Le but de l'analyse des résultats sociodémographiques, est de comprendre le lien entre les différentes variables : Les associations entre les âges de la femme, le stade de la maladie de leur partenaire et les stratégies d'adaptation mises en place. L'âge de la femme variait de 43 à 78 ans (Moyenne 62). 34 hommes diagnostiqués avec un cancer localisé et 16 un cancer avancé, ont participé à l'étude. 17 des hommes étaient en surveillances actives, 20 en traitement hormonal, 8 ont eu une prostatectomie radicale, 4 étaient sous radiothérapie et 1 seul recevait une chimiothérapie. Il a été remarqué que les femmes n'étaient pas uniquement déprimées ou anxieuses suite au diagnostic, d'autres facteurs y contribuaient (problèmes familiaux, etc).</p> <p><b>Stratégie d'adaptation centrée sur l'émotion :</b> La plupart des femmes interrogées ont stipulé qu'il était nécessaire pour elle de gérer leur propre détresse émotionnelle avant celle de leur partenaire. Comme prévu, les femmes ont déclaré qu'au moment du diagnostic avoir eu une réaction émotionnelle négative. Il a été remarqué une différence entre les 2 groupes. Les femmes moins déprimées, géraient plus facilement leur stress et leurs émotions, de ce fait, elles étaient plus aidantes auprès de leurs partenaires.</p> <p><b>Evaluation de l'impact : menace, perte ou défi :</b> Entrevues à T1 : Les femmes ont décrit leur ressenti concernant leur relation de couple, leur propre sécurité, leur santé physique, leur santé émotionnelle et celle de leurs partenaires.</p>

15 femmes du 2<sup>ème</sup> groupe, ont déclaré qu'elles réagissaient individuellement à l'annonce du diagnostic et aux prises de décisions. La colère, la peur de perdre le partenaire, la dépression et l'anxiété ont été les thèmes majeurs ressortis de cette étude. Après le choc du diagnostic, l'attention s'est portée sur les décisions concernant les options de traitements. 29 femmes, ont décrit la nécessité de comprendre pleinement toutes les options, dans le but de soutenir pleinement leur partenaire et d'elle-même faire face à leur propre peur. Pour pallier à ça, elles participaient aux visites médicales, lisaient des brochures et faisaient des recherches internet. De plus, certaines d'entre elles, connaissaient d'autres familles ou amis ayant vécu une situation similaire, qui ont pu leur apporter des informations, des conseils et un sentiment de familiarité.

Seulement 13 femmes, disaient ne pas avoir reçu suffisamment d'informations et 5 femmes ont verbalisé leur stress concernant les tests supplémentaires. Certaines femmes soutenaient pleinement leurs partenaires dans leurs prises de décisions, contrairement à d'autres qui encourageait leur partenaire à obtenir un 2<sup>ème</sup> avis médical ou à prendre une décision différente de celle proposée par le médecin. Dans l'ensemble, les femmes plus âgées ont estimé que soutenir leurs partenaires étaient primordial alors que les femmes plus jeunes avaient tendance à influencer la prise de décision. Dans les 2 cas, le but était de maintenir l'autodétermination et l'estime de l'homme.

**Coping ; processus et stratégies :** Entrevues à T2 : Les femmes ont expliqué, en majeure partie leurs expériences au point de vue relationnel, en décrivant la prise de décision en commun (par couple).

Le bon coping :  
 Pour la plupart des 39 femmes, la stabilité émotionnelle se décrivaient comme « faire face aux changements ». Les stratégies d'adaptation englobaient « Adopter une attitude positive (n=21) » et « l'acceptation de la situation (n=16) ».  
 Exemple : « Naturellement, j'aurais préféré que la maladie ne se soit pas produite, mais je suis reconnaissante qu'elle ait été découverte tôt par de bons médecins et je me sens très optimiste quant à un résultat positif ».

Rester calme :  
 Le calme et la patience, en parallèle avec une attitude positive, permettait de faire face à la situation. Le fait que le patient se porte bien, favorisait la baisse de l'anxiété.

Acceptation :  
 A T2 pour 19 femmes, le fait de favoriser la discussion au sein du couple et d'utiliser des expressions telles que « continuer normalement » ou en dédramatisant la situation, à aider accepter la maladie.  
 Exemple : « ... Nous ne le prenons pas comme ça ; nous acceptons simplement que c'est la vie... »

**Réévaluation et sens relationnel :** Le soutien mutuel et la communication ont été identifiés comme des stratégies primordiales. Pour certaines d'entre elles, la maladie a recréé une proximité dans leur couple.

Impact sur la sexualité :  
 17 femmes ont déclaré que leur relation sexuelle étaient déjà inexistantes avant le diagnostic. Certaines femmes ont essayé de soutenir leurs partenaires par l'utilisation « d'aides sexuelles », sans succès.  
 A T2, 38 femmes se sont concentrées sur l'intimité du couple, en favorisant les câlins et les caresses. La communication à ce sujet est primordiale, elle rassure et permet une meilleure acceptation.

Impact social :  
 Les activités sociales ont été réduites en fonction des habitudes et des attentes de chaque femme.  
 Le 2/3 des femmes avaient déjà réduit leurs attentes, en raison de caractéristiques du vieillissement.

	<p><b>En résumé :</b> Les 39 femmes du groupe non-stressées ont signalé une adaptation émotionnelle, qui confirme le modèle de Lazarus et Folkmann, qui consiste ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ A évaluer l'impact du diagnostic sur elles-mêmes et leurs partenaires</li> <li>○ A évaluer les stratégies d'adaptation mises en place</li> <li>○ La réévaluation de la situation</li> </ul> <p><b>La régression : catégorisation de la détresse des femmes :</b> Le modèle d'adaptation de Lazarus et Folkmann, a été utilisé par 39 femmes, cependant 11 femmes nous pas eu la capacité de faire face à la situation. En effet, le diagnostic du cancer de la prostate, a entraîné de nouveaux fardeaux. 5 femmes ont ressenti une pression supplémentaire sur leur couple et pour 5 autres, décrivent une crainte de perdre leur partenaire. Ceci les a amenés à prendre de la distance.</p> <p><u>Réponse somatique et émotionnelle :</u> A T2, les conjointes ont signalé un niveau de détresse similaire voir plus élevé qu'à T1, ainsi qu'une baisse de la qualité de leur relation. Exemple : « J'ai toujours pensé que mon mari était indestructible... J'essaie d'utiliser des stratégies d'adaptation que j'ai apprises en psychothérapie. » → 6 mois plus tard cette femme a connu sa vie comme la plus stressante et a constaté que ses compétences d'adaptation habituelles n'étaient pas correctes.</p> <p><u>Isolement :</u> Plusieurs femmes ont considéré l'impact du cancer de la prostate comme négatif sur leur vie sociale, voir même un sentiment d'isolement.</p> <p><b>En résumé :</b> Le groupe de femmes en détresse psychologique constantes, ont souligné leurs sentiments négatifs, le manque de stratégies d'adaptation positives, de mauvaises compétences relationnelles et l'incapacité à s'adapter émotionnellement à l'impact du cancer de la prostate sur leur propre vie et leur relation de couple.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Cette étude a amené l'opportunité de différencier les femmes qui ont adopté une transition positive à celle qui ont eu malheureusement eu une détresse psychologique constante.</p> <p>Le 1er groupe a mis en place diverses stratégies d'adaptation qui leur ont permis de traiter de manière constructive, les sentiments d'anxiété, de chagrin et de détresse psychologique. La capacité de réévaluer la relation et de modifier les dimensions sexuelles et sociales était primordiale.</p> <p>Ces stratégies les ont amenés à accepter les défis, les menaces et à gérer les changements dans la relation de couple.</p> <p>Pour le 2<sup>ème</sup> groupe, une relation fragile était déjà connue. Malgré les efforts, ces femmes ont gardé un sentiment négatif, ce qui a amené comme conséquences, une vulnérabilité ainsi qu'une distance au sein du couple. Elles avaient une capacité limitée à soutenir émotionnellement leurs partenaires.</p> <p>La résilience face au deuil est reconnue comme une stratégie de coping. Lors du diagnostic du cancer de la prostate, cette stratégie nécessite d'être approfondie. Les chercheurs proposent d'investiguer des interventions interdisciplinaires visant à améliorer les capacités d'adaptation des couples. De telles interventions, pourrait renforcer et valoriser les stratégies positives et de diriger les femmes sur de meilleures stratégies.</p> <p>Les femmes qui démontrent une détresse psychologique continue peuvent bénéficier d'une évaluation psychologique et d'une psychothérapie individuelle ou en couple.</p>

Forces et limites	<p><b>Limites :</b> Il s'agit uniquement de femmes partenaires dans cette étude, il serait donc intéressant d'étudier les partenaires de même sexe. L'exigence de la langue anglaise, a pu entraîner une sous-estimation de la détresse psychologique, vécue par des femmes issues d'origines diverses.</p> <p><b>Forces :</b> L'échantillon de 50 femmes, interrogées à 2 reprises à faciliter l'analyse des données, afin d'identifier clairement 2 modèles d'adaptation.</p>
Conséquences et recommandations	Les recherches futures permettront une meilleure compréhension de la santé et du bien-être, des personnes atteintes de maladie chroniques. Elles aideront à développer de meilleurs programmes d'interventions.
Commentaires	Ce travail a été soutenu par le National Health and Medical Research Council of Australia et la Bethlehem Griffiths Research Foundation.

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.



## Grille de lecture d'un article scientifique

### Approche mixte

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Couper, J., Bloch, S., Love, A., Duchesne, G., MacVean, M., & Kissane, D. (2009). Coping Patterns and Psychosocial Distress in Female Partners of Prostate Cancer Patients. <i>Psychosomatics</i> , 50(4), 375-382. doi :10.1176/appi.psy.50.4.375
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Le cancer de la prostate (PCA) affecte autant les patients que leurs familles ; les effets du traitement ont un impact sur le fonctionnement corporel tels que l'impuissance sexuelle, l'incontinence urinaire et fécale. Ceux-ci affectent en particulier le partenaire du patient.
Recension des écrits	<p>Le cancer de la prostate touche 1 homme sur 10 en Australie et il est la deuxième cause de mortalité en oncologie. Depuis les années 1990 et grâce aux progrès de la médecine, les hommes atteints d'un cancer de la prostate vivent plus longtemps malgré les effets secondaires des traitements. Jusqu'à présent, peu d'études à propos de l'impact psychosociale que provoque le PCA ont été réalisées sur la patient et son partenaire. Les interventions visant à soutenir l'impact psychologique des couples du cancer de la prostate n'ont que, très peu été développés, au contraire du cancer du sein par exemple. Il y a eu une pénurie de recherches sur l'impact psychosocial du cancer du sein et du PCA sur les relations des couples.</p> <p>Une cohorte de couple confrontés à l'APC a été suivie. Il a été constaté qu'une détresse psychologique importante pouvait être éprouvée au début du diagnostic et une insatisfaction au sein du couple.</p> <p>La satisfaction conjugale des patients reste constante, mais leurs détresses augmentent avec le temps. Une étude a été faite concernant l'adaptation, les relations, et le fonctionnement psychosocial entre les patients et leurs partenaires.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Lazarus et Folkmann
Hypothèses	<p><b>But :</b> Le but de la recherche est d'étudier l'expérience du cancer de la prostate et les effets secondaires des traitements sur les partenaires des patients ainsi que les stratégies d'adaptation mises en place.</p> <p><b>Hypothèse :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adaptation inadéquate chez les partenaires au T1 prédit un GSI plus important à T2.</li> <li>2. Stratégies d'adaptation inefficaces chez les partenaires à T2 seraient en corrélation avec le niveau de GSI à T2.</li> </ol>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis quantitatif de type descriptif longitudinal et observationnel
Population et contexte	<p><b>Contexte :</b> Recrutement dans 5 hôpitaux publics et des cabinets privés dans la région métropolitaine de Melbourne</p> <p><b>Population-échantillon :</b> 103 couples</p> <p><b>Critères inclusions :</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les couples dont le patient ayant été diagnostiqué PCA localisé</li> <li>➤ Les couples pour lesquels les patients ont eu des métastases diagnostiquées</li> <li>➤ Comprenant l'anglais oral ou écrit et étant capable de remplir leur consentement éclairé</li> </ul> <p><b>Critères exclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pas d'autres cancers actifs</li> </ul>
<b>Collecte des données/ mesures/ déroulement de l'étude</b>	<p><b>Méthode de collecte des données :</b></p> <p>Les participants à l'étude ont rempli des critères d'admission, ils ont été recrutés entre mars 2002 et mars 2015 par des oncologues et des urologues travaillant dans des hôpitaux publics et cabinets privés dans la région métropolitaine de Melbourne.</p> <p>Les patients et les partenaires ont rempli des questionnaires d'auto-évaluation au moment du diagnostic (temps 1) et 6 mois plus tard (temps 2). Les données démographiques ainsi que les dossiers cliniques ont été recueillis auprès des participants. La plupart des entretiens (temps 1) ont eu lieu dans les foyers des couples et les questionnaires (temps 2) ont été envoyés par la poste avec un suivi téléphonique. Les patients et les partenaires ont été invités à remplir leurs questionnaires indépendamment les uns des autres.</p> <p>Sur les 141 couples recrutés dans l'étude principale, 113 patients (80%) ont accepté que leur partenaire soit approché pour participer à cette étude. Parmi les partenaires identifiés 103 (91%) ont participé. Dans 47 cas (46%) le PCA était localisé et dans 56 cas (54%), il était métastatique. 20 patients (19%) n'ont pas participé au temps 2 (9 étaient décédés) et 14 partenaires (13%) n'étaient pas disponibles pour le suivi.</p> <p><b>Outils de mesure :</b></p> <p>Questionnaires avec différentes échelles et items :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Une échelle de symptômes (BSI) psychologiques de 53 items qui donne une cote globale de détresse psychologique. Le résultat final donne un score de gravité général (GSI).</li> <li>➤ L'échelle (DAS) d'ajustement de la dynamique dyadique qui est une mesure de 6 items de la qualité et du niveau de satisfaction des relations au sein des couples.</li> <li>➤ L'index des relations familiales Formule courte (FRI) : est un questionnaire de 12 items dérivés de l'échelle de l'environnement familial qui mesure les perceptions des caractéristiques familiales, y compris les relations interpersonnelles et la structure organisationnelle dans les domaines de la cohésion, de l'expression et de la résolution des conflits, il donne une mesure de la fonction familiale globale.</li> <li>➤ La liste de stratégies d'adaptation (WCCL), donné aux partenaires uniquement, est une mesure de l'adaptation tirée à l'origine du modèle transactionnel de stress de Lazarus, contenant 42 items, incluant les pensées et les actions que les gens utilisent dans le but de faire face aux situations stressantes. Elle comprend 5 catégories d'adaptation telles que : centrée sur le problème, le soutien social, la culpabilité, l'évitement et « la pensée magique »</li> </ul>
<b>Ethique</b>	L'approbation éthique de l'étude a été obtenue auprès des comités d'éthique de la recherche humaine de chacun des 5 hôpitaux publics impliqués dans l'étude et de l'Université de Melbourne.
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Le programme SPSS version 11.5 a été utilisé pour toutes les analyses. Etant donné qu'il n'y avait pas de différences significatives dans les réponses des partenaires ayant un cancer localisé ou métastatique, les couples ont été réunis en un seul groupe pour l'analyse. Les corrélations bivariées ont été calculées concernant les variables liées au niveau de détresse psychologique à T1 et T2.</p> <p>Les chercheurs ont utilisé les analyses hiérarchiques de régression multiple pour tester les hypothèses.</p> <p>Ils ont conçu leurs propres modèles statistiques pour tester des hypothèses. Le 1<sup>er</sup> modèle qui a permis d'analyser l'hypothèse : les 5 modèles</p>

<p>Présentation des résultats</p>	<p>d'adaptation de la WCCL (rapporté à T1) prédirait le score GSI à T2. Le 2<sup>ème</sup> modèle prédit la même chose, mais pour T2. L'âge n'a pas été inclus dans les modèles, étant donné la petite taille de l'échantillon.</p> <p>La table de corrélation bivariée démontre un haut niveau de corrélation entre les stratégies d'adaptation des partenaires au temps 1 et 2. Il est constaté que les stratégies d'adaptation négatives telles que la culpabilité, la pensée magique et l'évitement, ressortent à chaque fois. Il y a un lien (corrélation) entre la détresse psychologique (temps 1 et 2) des partenaires et les stratégies d'adaptation négative (culpabilité, pensée magique et évitement) (temps 1 et 2).</p> <p>Certains facteurs psychosociaux des partenaires et du patient, prédisposent à une plus grande probabilité de développer de la détresse psychologique au temps 1 et 2 : stade du cancer du patient au temps 1, statut du traitement du patient au temps 1, statut- travail du partenaire au temps 1, la DAS du patient et du partenaire au temps 1 et 2.</p> <p>L'échelle (FRI) faite au patient et au partenaire au temps 1 et 2, montre que la corrélation entre la perception du fonctionnement familiale était plus forte qu'au niveau de l'entente conjugale.</p> <p><b>Prédicteurs de la détresse psychologique des partenaires à T2 :</b>  En utilisant les résultats du GSI, à T2, comme variable dépendante, une analyse de régression hiérarchique a été effectuée pour tester les variables prédictives à T1.  Les variables à T1, ayant eu une relation significative avec le GSI à T2 sont : Le GSI du partenaire à T1, l'évitement et la culpabilité.</p> <p><b>Corrélation de la détresse psychologique des partenaires à T2 :</b>  Une analyse de régression hiérarchique a été faite, pour vérifier l'hypothèse des stratégies d'adaptation négatives mises en place à T2 par les partenaires, étaient en corrélation avec un mauvais GSI. Les variables ayant eu une relation significative avec le GSI du partenaire à T2 étaient les suivantes : Le GSI des partenaires à T1 et la pensée magique.</p>
<p><b>Discussion</b>  Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les stratégies de coping négatives des partenaires comme l'évitement et la culpabilité, au moment du diagnostic, prédisent une plus grande détresse psychologique du partenaire 6 mois plus tard (T2). Ces résultats sont similaires à d'autres recherches ; comme pour des stratégies inefficaces des partenaires telles que l'évitement, l'impulsivité et des comportements négatifs, prédisent une plus grande détresse psychologique. Les partenaires se sentant plus confiant à aider les patients à faire face aux symptômes de la PCA, présentent moins de dépression et d'anxiété. Lorsque les partenaires arrivaient à se projeter dans l'avenir, lors du diagnostic, présentaient moins de détresse psychologique 6 mois plus tard (T2).</p> <p>Un lien a été trouvé entre le modèle d'adaptation négatif, la pensée magique à T2 après le diagnostic et un état psychologique encore plus grave à ce moment-là. Il est intéressant de noter que la pensée magique des partenaires au moment du diagnostic de PCA n'établit pas une prédiction significative (mais juste une corrélation) d'un résultat psychologique plus faible 6 mois plus tard.</p> <p><b>Stratégies d'adaptation :</b>  Les stratégies d'adaptations sont influencées par les traits de personnalité et non par l'état mental fluctuant. De plus, les trois stratégies d'adaptation négatives (culpabilité, pensée magique, évitement) ne se sont pas liées avec les autres stratégies telles que centrée sur le problème et la recherche du soutien social. Il a été démontré qu'un programme de groupe psychoéducatif de 6 séances améliorerait l'adaptation des partenaires, cependant la détresse psychologique ne s'améliorerait pas.</p> <p><b>Détresse psychologique :</b>  Les partenaires n'ayant aucun suivi psychologique avec des interventions, ont une tendance à développer une plus grande détresse. Pour les femmes dont la détresse dépasse le seuil acceptable, est inquiétant, mais cependant il existe des programmes thérapeutiques conçus pour réduire la détresse générale.</p>

	<p><b>Fonctionnement conjugal et familiale :</b> Il a été constaté que lorsque les perceptions des patients et des partenaires étaient semblables, il y avait une meilleure entente conjugale et un meilleur fonctionnement familiale. Cependant la corrélation entre la perception du patient et du partenaire sur le fonctionnement de la famille et du couple étaient plus fort que l'entente conjugale, en particulier au temps 1.</p> <p><b>Limites :</b> Une des limites de l'étude est le fait de recruter des patients via des cliniques. Cela permet d'avoir une population cible, mais cependant restreint le taux de recrutement. De plus, il est délicat et complexe de mesurer l'état psychologique et de pouvoir regrouper les facteurs d'inadaptation afin d'en faire une généralité. Il y a également une limite quant aux mesures utilisées. Il est possible que ces mesures ne soient pas suffisamment sensibles pour détecter des corrélations significatives de la détresse psychologique dans cette taille d'échantillon. Elles ne mesurent pas les types de stratégies de coping ou les aspects du fonctionnement conjugal ou familiale qui sont en corrélation avec la détresse psychologique des partenaires.</p> <p><b>Conclusion :</b> L'étude démontre que la détresse psychologique, la détérioration du couple et des stratégies d'adaptation négatives sans suivi, sont plus importantes 6 mois après le diagnostic. Cependant, il serait nécessaire de traiter les partenaires et le patient conjointement, afin de promouvoir une adaptation adéquate, de réduire la détresse psychologique et avoir une meilleure entente conjugale.</p>
Perspectives futures	Les résultats de cette étude, peuvent être utilisé pour guider le développement d'une thérapie axée sur le couple, afin de réduire et de gérer cette détresse psychologique engendrée par le diagnostic PCA.

Références bibliographique : Loïselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.  
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2<sup>ème</sup> éd.

## Grille de résumé d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Lim, J., Shon, E., Paek, M., & Daly, B. (2014). The dyadic effects of coping and resilience on psychological distress for cancer survivor couples. <i>Supportive Care in Cancer</i> , 22(12), 3209-3217. <a href="https://doi.org/10.1007/s00520-014-2334-9">https://doi.org/10.1007/s00520-014-2334-9</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	<p>Le cancer du sein, colorectal et de la prostate sont les cancers les plus fréquemment diagnostiqués et sont les principales causes de mortalité chez les hommes et les femmes aux États-Unis. Bien que de nombreuses personnes atteintes de cancer survivent pendant des années après le diagnostic initial, une grande proportion de survivants du cancer continue de connaître une détresse psychologique. Par exemple, la dépression et l'anxiété sont connues pour être des symptômes psychologiques communs chez les survivants du cancer et plus de 35% des survivants du cancer présentent des symptômes dépressifs pendant les phases de survie du cancer.</p> <p>Les conjoints des patients ont tendance à les soutenir pour répondre aux divers besoins et ainsi ils peuvent éprouver une détresse psychologique. Un certain nombre d'étude, a trouvé une corrélation significative entre la détresse du patient et leur partenaire. C'est-à-dire que l'effet du cancer sur les épouses affecte l'adaptation du survivant, en lien avec la détresse et la situation stressante. Le vécu de la situation stressante des survivants peut affecter la détresse psychologique et l'adaptation du conjoint.</p>
Recension des écrits	<p>En général, l'adaptation fait référence à l'ensemble des stratégies cognitives et comportementales utilisées par l'individu pour gérer les demandes des situations stressantes. Les stratégies d'adaptations adéquates telles que la résolution de problèmes, sont associées à une diminution de la détresse psychologique. Tandis que pour les stratégies inadaptées (l'évitement) elles sont associées à une détresse psychologique importante. Les stratégies d'adaptation en couples influencent la détresse psychologique, du fait que les couples ont tendance à réagir à la maladie ensemble (appelé adaptation dyadique). Selon la classification d'adaptation de Bodenmann, il existe 3 formes d'adaptation qui suivent un ordre temporel ;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'adaptation individuelle</li> <li>2. L'adaptation dyadique</li> <li>3. La recherche d'un soutien social</li> </ol> <p>Lorsque l'adaptation individuelle est perturbée ou difficile, l'adaptation dyadique s'amplifie. Si le coping dyadique ne réussit pas, il est nécessaire de trouver un soutien social pour gérer la situation stressante.</p> <p>Dans la littérature concernant la résilience, le remaniement de l'adaptation est considéré comme un facteur protecteur qui diminue les probables résultats inadaptés.</p> <p>La résilience est souvent définie comme un processus dynamique qui englobe une manifestation comportemental et psychologique de l'adaptation positive face à l'adversité. Le cadre de résilience décrit comment les facteurs individuels, environnementaux et situationnels sont associés pour des résultats positifs. Plus précisément, les caractéristiques de résilience traitent le lien entre le processus transactionnel de la personne, de l'environnement et de l'adaptation. Le remaniement cognitif et l'adaptation positive, peut aider les personnes, peut transformer un environnement à risque en événement protecteur. La résilience au sein du couple n'est pas toujours évidente, du fait que chaque membre de la dyade veut ou souhaite être empathique, responsable de l'autre.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>La théorie d'adaptation</p> <p>La résilience</p>

Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Le but de l'étude est de comprendre les relations d'adaptation, les caractéristiques de la résilience et de la détresse psychologique, auprès des partenaires et des survivants du cancer. L'étude se concentre spécifiquement sur le réaménagement et l'acquisition de l'adaptation du soutien social afin d'investiguer les effets de ces stratégies d'adaptation sur la détresse psychologique du couple.</p> <p>Concernant les stratégies d'adaptation dyadiques, l'étude s'intéresse au remaniement (recadrage) de l'adaptation, qui est l'une des stratégies de coping positive dans le couple.</p> <p><u>Hypothèses 1</u> : Le remaniement et l'acquisition des stratégies d'adaptation de soutien social sont positivement liées aux caractéristiques de la résilience, qui sont, à leur tour, associées négativement à la détresse psychologique.</p> <p><u>Hypothèses 2</u> : Le remaniement et l'acquisition des stratégies d'adaptation de soutien social prédisent positivement, leurs propres caractéristiques de la résilience, qui à leur tour, prédisent négativement la détresse psychologique du partenaire.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Quantitatif descriptif transversal.
Population, échantillon et contexte	<p><b>Contexte</b> : Les participants ont été sélectionnés par le biais d'un hôpital Universitaire de Cleveland (Ohio) dans un service d'oncologie, entre février 2011 et février 2012.</p> <p><b>Critères d'inclusions/exclusions</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patients âgés de plus de 18 ans au moment du diagnostic</li> <li>○ Diagnostiqué avec un cancer du sein, un cancer colorectal ou un cancer de la prostate au cours des 5 années précédentes</li> <li>○ Le traitement actif terminé</li> <li>○ N'ayant reçu aucun diagnostic d'autres cancers</li> <li>○ N'ayant pas d'autres troubles médicales ou psychiatriques</li> <li>○ Les femmes des survivants n'ayant eu aucun cancer</li> </ul> <p>L'étude comprend également que des Afro-Américains et des Européens, en excluant les Asio-Américains (trop peu de participation)</p> <p><b>Population cible</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 91 couples de survivants du cancer</li> </ul>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p><u>Un questionnaire comprenant diverses échelles</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Une échelle de symptômes (<b>BSI</b>) psychologiques : auto-évaluation de 18 items, indiquant les symptômes psychologiques au cours des 7 derniers jours. Elle est divisée en 3 sous-échelles : Le somatique (6 items), la dépression (6 items) et l'anxiété (6 items). Chaque sous-échelle est évaluée selon des échelles de Likert 5 points. → Pour la détresse psychologique.</li> <li>○ Echelle d'évaluation personnelle axée sur la famille (<b>F-COPES</b>) : auto-questionnaire, évaluant les stratégies d'adaptation utilisées par les familles. C'est une échelle de 29 items, se composant de 5 sous-échelles (le remaniement, l'attitude passive, l'acquisition d'un soutien social, la recherche d'un soutien spirituel et la mobilisation de la famille pour accepter de l'aide). Dans cette étude, les chercheurs ont utilisé le « remaniement » (capacité familiale à définir le stress, la situation), composée de 8 items et « l'acquisition du soutien social » (l'utilisation du soutien des liens sociaux de la famille), composée de 9 items. → Pour le Coping.</li> <li>○ <b>L'échelle brève de la résilience</b> : est conçue pour évaluer la capacité de reconnaissance du stress et les caractéristiques de la résilience. Elle est composée de 6 items, se basant sur des échelles de Likert à 5 points. → Pour la résilience</li> <li>○ Un Auto-questionnaire a été distribué, afin d'obtenir des caractéristiques démographiques et médicales (âge, sexe, revenu, emploi,</li> </ul>

	<p>éducation, type de cancer,...). De plus, une question ouverte a été créée : « combien de stress avez-vous ressenti dans vos relations conjugales au cours des 3 derniers mois ? ». L'évaluation s'est faite sur une échelle de Likert à 5 points.</p> <p>→ Pour tous les questionnaires des conjoints et des survivants, les outils étaient satisfaisants selon les alphas de Cronbach.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les chercheurs ont envoyé des lettres d'invitation aux potentiels participants (950). Les survivants n'ayant pas répondu aux lettres d'invitation, ont reçu un appel téléphonique. Pour les participants motivés, un complément d'informations a été effectué par téléphone pour évaluer l'admissibilité (543). Pour les participants éligibles un questionnaire et un formulaire de consentement a été envoyé et ont été invité à le retourner 3 semaines après par poste (103).</p> <p>Lorsque les conjoints n'étaient pas favorable à la participation de l'étude, la dyade a été exclue (12). Les conjoints ayant accepté de participer, un bref appel a été effectué pour évaluer l'admissibilité.</p> <p>Total : 91 couples</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a été approuvée par le conseil d'examen institutionnel de Cleveland. Un consentement écrit a été rempli par les participants.</p>
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	<p>Des analyses de données exploratoires ont été effectuées pour décrire les caractéristiques de l'échantillon. Des T Test de l'échantillon ont été fait pour différencier les moyennes entre l'adaptation des couples, les caractéristiques de la résilience et la détresse psychologique. Dans le but d'évaluer la similarité des variables dans les dyades, les chercheurs ont effectué des tests de corrélations.</p> <p>Le programme ANOVA a été utilisé pour examiner les différences de variables prédictives et les résultats des caractéristiques démographiques et médicales. Les analyses ont été effectuées à l'aide de SPSS 20.0. Le modèle de médiation interdépendance patient-partenaire (APIMEM) a été utilisé pour évaluer la médiation des données dyadiques.</p> <p>Pour tester les hypothèses, les chercheurs ont utilisé 2 modèles de médiation qui différaient selon la variable indépendante (coping). Ils ont détaillé comment chaque type d'adaptation étaient associés à la détresse psychologique et à la résilience.</p> <p>Une équation a été utilisée pour tester les 2 hypothèses en utilisant le modèle AMOS 20.0. Les données manquantes ont été estimé comme la moyenne des autres variables.</p> <p>Durant l'analyse préliminaire, les scores de détresse psychologique des survivants variaient de manière significative selon le type de cancer. Le remaniement et l'acquisition du soutien social variaient selon le stade du cancer. Cependant, le niveau de stress au sein du couple était significativement associé à la détresse psychologique, à la résilience et à l'adaptation. C'est pourquoi, le stade et le type du cancer et du niveau de stress dans les dyades ont été inclus comme co-variables dans le modèle final.</p> <p>Au final, les effets de médiation ont été testés pour la signification et confirmés avec des tests de SOBEL.</p>

Présentation des résultats	<p><u>Caractéristiques de l'échantillon :</u>  L'âge moyen des participants était de 64 ans (écart-type à 11).  Prêt de la moitié des participants avaient un diagnostic de cancer de la prostate (49,5%), d'où une plus grande participation d'homme. Le nombre moyen d'année depuis le diagnostic du cancer était de 3,7 (écart-type 1,9), 70% des participants se trouvaient à un stade 2 du cancer.  En ce qui concerne la corrélation dyadique, les couples étaient modérément similaires concernant leur niveau d'adaptation au soutien social et leur détresse psychologique. Les corrélations des dyades pour les conjoints, étaient relativement plus faibles que celles des survivants.  Le T test d'échantillon a montré que les scores de détresse psychologique, de coping et de résilience étaient semblables dans les couples.</p> <p><b>Test d'hypothèse :</b>  Les hypothèses du remaniement et l'adaptation du soutien social, ont donné d'excellent résultats. Dans ces modèles, les co-variables étaient significativement associées à l'adaptation, aux caractéristiques de la détresse psychologique et de la résilience.</p> <p><u>Hypothèse 1 :</u>  Concernant le remaniement d'adaptation, les effets du patient entre les caractéristiques de la résilience et le remaniement de l'adaptation ont été positive, de plus l'utilisation de son propre remaniement était lié à une augmentation de la résilience. Les effets de la résilience sur la détresse psychologique des couples ont également été observé, ce qui indique que le niveau de résilience était associé à leur propre détresse psychologique. Le modèle d'adaptation du soutien social était similaire au modèle du remaniement d'adaptation. Cependant, les perceptions du patient entre la recherche du soutien social et de la résilience, n'ont pas été observé pour les conjoints. Le soutien social et les variables de la résilience représentaient 38,7% de la variance de la détresse psychologique des survivants et 25,1% de la variance de la détresse des conjoints. Le test de Sobel a confirmé les effets de médiation pour les survivants et les conjoints, concernant le modèle de remaniement d'adaptation. Pour le modèle d'adaptation du soutien social, seul l'effet médiateur pour les survivants a émergé. Ceci indique que les efforts des survivants pour acquérir un soutien social ont amélioré leurs capacités de récupération du stress pour diminuer leur propre détresse.</p> <p><u>Hypothèse 2 :</u>  Dans les 2 modèles, seulement le lien entre la résilience et la détresse psychologique des partenaires étaient significatifs. Cela indique que plus les survivants ont du stress, plus la détresse des conjoints est prédite.  L'effet médiateur de la résilience du survivant concernant la relation entre le remaniement d'adaptation et la détresse psychologique des conjoints a été confirmé via le test de SOBEL. L'utilisation du remaniement comme coping chez les survivants a un effet positif sur les capacités à se remettre du stress, ce qui réduit la détresse des conjoints. Cependant, la résilience des survivants n'a pas d'effet médiateur sur la relation entre le soutien social des survivants et la détresse psychologique des conjoints.</p>
----------------------------	---



<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>L'étude visait à explorer les associations dyadiques concernant le coping, les caractéristiques de la résilience et la détresse psychologique des couples, faisant face au cancer dans le cadre de la résilience. Le choc d'un diagnostic et d'un traitement de cancer peut influencer la détresse psychologique des survivants et de leurs conjoints. Cette étude est la première à avoir étudié l'impact de la dyade sur la résilience, sur la détresse psychologique de ces couples.</p> <p>Tout d'abord, les chercheurs ont trouvé un effet acteur de la résilience sur la détresse psychologique, ce qui correspond aux résultats d'études antérieures. Selon le cadre de la résilience, elle est influencée par les interactions entre différents facteurs comme la personne et l'environnement, qui contribue au développement de la résilience et qui ont un impact sur la santé mentale et physique. Ces résultats démontrent que les membres de la famille, doivent être considéré comme des ressources majeures de soutien, pour les survivants, afin de faciliter l'adaptation psychosociale. Ils suggèrent également que l'amélioration de la résilience entraîne une réduction de la détresse psychologique, chez les survivants et les conjoints.</p> <p>Conformément aux études antérieures, cette étude a confirmé les effets du remaniement de l'adaptation et du soutien social sur la résilience chez les survivants. Ceci indique que les pensées positives et l'utilisation de l'adaptation externe (soutien social) entraîne une résilience quant à l'adaptation lors d'un cancer. Ce résultat démontre que la capacité de faire face et de modifier un environnement à haut risque en un environnement plus protecteur affecte la résilience des survivants. Cette explication aide à comprendre pourquoi, certains individus sont capables de développer une compétence d'adaptation, indépendamment d'être confronté à un stress. Cependant, cette étude n'a pas démontré un effet acteur du soutien social face à la résilience des conjoints. Ce constat indique que la recherche du soutien social, n'a pas forcément un impact positif sur la résilience des conjoints. Il est démontré que les conjoints ont tendance à considérer la recherche de soutien social, comme étant la seule solution pour faire face plutôt que de se résilier. Cependant, les conjoints peuvent également ne pas vouloir de soutien social, afin de protéger le partenaire de leur propre stress. Cette idée soutient la classification de l'adaptation qui suit un ordre temporel, suggérant que l'adaptation dyadique réussie, devrait précéder la recherche du soutien social pour mieux gérer la situation stressante.</p> <p>Les résultats démontrent que la détresse des conjoints n'est pas uniquement liée à leur propre résilience, mais également à celle des survivants. Cela indique que les conjoints portent un fardeau supplémentaire car ils doivent répondre aux exigences et aux besoins des survivants. Contrairement, les conjoints considèrent la résilience de leurs proches comme un facteur de protecteur qui réduit leur détresse psychologique. Cependant, la détresse psychologique des survivants n'a pas été influencée par celle de leur partenaire. En effet, les survivants du cancer ont tendance à être submergé par les diagnostics et traitements et par conséquent, ils ne font pas attention à la détresse et à la résilience de leurs conjoints. Cette découverte peut être influencée par l'effet de genre, étant donné que plus de survivants hommes ont participé à l'étude. Il est stipulé dans la littérature que les hommes sont plus axés sur des questions approfondies, sont moins expressifs et verbalisent moins leurs sentiments que les femmes. Ce constat est fortement ressorti, en comparaison à d'autres études. C'est pourquoi, la mesure dans laquelle les survivants et les partenaires perçoivent une détresse psychologique, peut être différente et peut être influencée par la cohésion du couple.</p> <p>Les résultats des modèles de médiation suggèrent que les interventions visant à permettre aux individus de développer des stratégies d'adaptation efficaces (les pensées positives et la recherche de soutien social), améliorent la résilience et la détresse psychologique. La façon dont les survivants font face au stress, influence indirectement la détresse des conjoints.</p> <p>Par conséquent, les professionnels de la santé devraient évaluer les couples selon leurs forces et leurs ressources à disposition. La compréhension du rôle de la résilience dans la relation entre l'adaptation et la détresse psychologique, peut également être bénéfique pour les professionnels de la santé. Etant donné que les conjoints portent un fardeau qui a une atteinte ou un impact sur l'ajustement psychologique, des programmes de soins de soutien efficaces sont nécessaire pour réduire la détresse psychologique.</p>
---	---

Forces et limites	<p><b>Limites :</b></p> <p>Les données ont été recueillies par le biais d'auto-questionnaire, c'est pourquoi les résultats peuvent ne pas refléter une détresse psychologique objective. De plus, les résultats ne peuvent pas être généralisés pour toutes les populations, en raison de la petite taille de l'échantillon et d'un faible taux de réponses. Malgré les efforts effectués pour recruter davantage de couples Afro-Américains et Asio-Américains, ces couples minoritaires ne sont pas bien représentés. Troisièmement, le fait de recruter les participants par un auto-questionnaire peut provoquer un faible taux de réponses. Comme dans la plupart des études basées sur une participation bénévole, les personnes qui acceptent d'être impliquées sont souvent en meilleure santé et ont moins de détresse psychologique. Cela induit une sous-estimation de la détresse psychologique des couples. Le moyen de recrutement est également un problème pour généraliser les résultats.</p> <p>Une autre limite est le fait que les résultats sont basés sur des sections transversales et non sur la temporalité.</p> <p>Enfin, le cadre de la résilience n'a pas été entièrement impliqué en raison de la petite taille de l'échantillon.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les études futures devraient tenir compte d'autres facteurs comme les émotions qui influencent la détresse psychologique. Les résultats indiquent la nécessité d'interventions interdisciplinaires, limitées dans le temps, qui visent à renforcer les capacités et les stratégies d'adaptation des couples. Des interventions basées sur la psychologie et le comportement des couples, permettrait de faire face ensemble aux défis psychosociaux et à la gestion des effets secondaires.</p>
Commentaires	<p>Le financement de cette recherche a été soutenu par une subvention de l'Institut national de recherche en soins infirmiers</p>

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Ezer, H., Ricard, N., Bouchard, L., Souhami, Saad, F., Aprikian, & Taguchi. (2006). Adaptation of wives to prostate cancer following diagnosis and 3 months after treatment: A test of family adaptation theory. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 43(7), 827-838. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.05.004">https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.05.004</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	<b>X</b>			Le titre permet de se faire une idée claire et précise du sujet qui paraîtra dans l'article concernant les stratégies d'adaptation des femmes des hommes atteints d'un cancer de la prostate au moment du diagnostic et 3 mois après le traitement en utilisant la théorie de l'adaptation familiale.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	<b>X</b>			Le résumé est claire et bien séparé en plusieurs parties.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	<b>X</b>			Les chercheurs ont bien structuré dans l'article, en disant ce qui est déjà connu sur le sujet et ce qui va être ajouté dans l'étude. De plus, la synthèse parle de l'épidémiologie du CA de la prostate et de l'impact que celui-ci a sur les conjoints, ce qui permet démontre que le problème de recherche est clairement énoncé.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	<b>X</b>			Ils font une synthèse de l'état des connaissances très structuré en se basant sur des travaux de recherches des variables et théories différentes : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les symptômes de la détresse psychologique</li> <li>➤ Des ressources personnelles (SOC)</li> <li>➤ Les ressources familiale</li> <li>➤ L'évaluation de la situation</li> <li>➤ Les stratégies d'adaptation face au CA de la prostate</li> </ul>
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	<b>X</b>			Clairement, dans le chapitre de l'introduction, à la page 828-829-830.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	<b>X</b>			Ils sont mis en évidence en quatre points et sont stipulés clairement dans le texte à la page 831 : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Examiner les facteurs tels que : les symptômes de la détresse, les ressources personnelles et familiales et de l'évaluation situationnelle, dans le but d'analyser leurs contributions à l'adaptation des femmes avant le traitement (T1) et 3 mois plus tard (T2).</li> <li>➤ Vérifier le rôle de l'évaluation en tant que médiateur (variable qui affecte le lien entre les autres) dans le modèle d'adaptation à T1 et</li> </ul>

					<p>T2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Déterminer un potentiel changement entre les variables prédictives à T1 et T2 et qui expliquerait l'adaptation des femmes à T2.</li> <li>➤ Déterminer un potentiel changement entre les variables prédictives à T1 et T2, et ceci expliquerait les modifications des adaptations entre T1 et T2.</li> </ul>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		<b>X</b>		Il n'est pas stipulé clairement dans le texte, mais on comprend, au travers du texte, que celui-ci est prospectif car on parle des divers temps.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	<b>X</b>			Population cible : 188 couples contactés dans des cabinets de radiologie oncologique et d'urologie dans 3 grands centres urbains à Montréal au Canada
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	<b>X</b>			70 femmes : L'âge moyen des 70 épouses étaient de 63,7 ans. Le nombre d'année de mariage était de 34,6 ans. Critères d'inclusion : Les couples doivent cohabiter depuis minimum 1 an, comprendre le français ou l'anglais et n'ayant pas d'enfants de moins de 16 ans, vivant à la maison. Les données démographiques sont décrites de manière narrative à la page 832.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		<b>X</b>		
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	<b>X</b>			<p>Les questionnaires sont clairement détaillés selon diverses échelles et structurés dans le texte :</p> <p><u>Adaptations :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adaptation—the Psychosocial Adjustment to Illness Scale–Spouse version (PAIS).</li> <li>2. The Profile of Mood States (POMS).</li> </ol> <p><u>Symptômes propres au cancer de la prostate :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. UCLA/RAND Prostate Cancer Index.</li> </ol> <p><u>Sens de la cohérence (SOC) :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Une échelle d'Antonovsky, mesurant le sens de la cohérence.</li> </ol> <p><u>Echelle d'adaptation familiale et évaluation de la cohésion :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Family adaptability and cohesion evaluation scale–II (FACES-II)</li> </ol> <p><u>Echelle d'évaluation subjective (SRAS) :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SRAS est une échelle développée pour évaluer l'évaluation de la situation.</li> </ol>

	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X		De plus, une valeur de la validité des outils est donnée.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X		Les variables principales de l'étude, sont clairement liées avec l'instrument de collecte de données. Les hommes et leurs femmes ont reçu une explication écrite lors d'une visite dans l'un de ces cabinets et ont retourné leurs réponses, indiquant leur volonté de participer. Sur les 188 couples contactés, 81 femmes ont répondu au questionnaire à T1 et 70 femmes à T2. La procédure est bien décrite à la page 831.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X		L'étude a passé par les procédures d'examen scientifique et éthique des commissions d'examens institutionnels des hôpitaux.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Des tests de corrélation</li> <li>➤ Des tests de régression</li> <li>➤ Les hypothèses ont été testées grâce à diverses équations afin d'expliquer des variables prédictives ou médiatrices.</li> </ul> Les chercheurs décrivent bien les analyses statistiques effectuées et en font d'ailleurs un long texte narratif.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tableau n°1 concerne les corrélations entre les variables de l'étude (les échelles) et l'adaptation (PAIS et POMS) à T1 et T2. → facile à lire et bien décrit</li> <li>➤ Tableau n°2 concerne les prédicteurs des variables de l'étude et l'adaptation. → ce tableau est compliqué, difficile à analyser et à comprendre.</li> </ul> Seul un petit texte de narration est fait pour synthétiser les résultats, de ce fait il est difficile de bien comprendre les tableaux précédents.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X		Ils sont très bien repris selon les concepts utilisés.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X		
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Ils les stipulent à la page 835, à la fin du chapitre de la discussion. L'échantillon final de l'étude a été légèrement faussé car, les 11 femmes qui ont quitté l'étude entre le temps 1 et 2, étaient des femmes qui n'étaient « pas bien » ou « qui n'avaient pas réussi à s'adapter, à surmonter l'épreuve ». L'âge et les années de mariage peuvent aussi avoir été des facteurs qui ont favorisé une meilleure adaptation. De plus, l'échantillon peut être également faussé, car les couples participants avaient déjà une bonne cohésion de couple avant le diagnostic.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la		X	Les chercheurs ne l'abordent pas du tout, mais au vu du nombre de

	généralisation des conclusions ?				l'échantillon, ces résultats pourraient se transférer.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Dans l'ensemble, les résultats suggèrent qu'une évaluation minutieuse des différentes dimensions de l'adaptation est nécessaire pour obtenir « une image » de l'expérience des femmes dans les différentes phases psychosociales et la maladie. La phase psychosociale initiale doit être reconnue comme une crise qui offre des interventions pour les deux partenaires confrontés au cancer de la prostate. Un paragraphe structuré et détaillé est inscrit à la page 835.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Les problèmes liés à l'évaluation de la sexualité pendant le cancer et l'âge avancé, ont été décrits dans la littérature. Cependant, beaucoup de travail reste à faire dans ce domaine. Les résultats dans cette étude devraient également être suivi d'études concernant les interventions infirmières abordant les dimensions de compréhension, de gestion et de signification du sens de la cohérence. Les interventions pouvant augmenter le sentiment de cohésion au sein du couple et la volonté d'adopter des stratégies devraient être examinées dans la recherche en soins infirmiers. Les interventions en soins infirmiers telles que le remaniement cognitif qui vise les stratégies négatives des femmes, devraient également être évaluées.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Globalement, il est très bien structuré, cependant, les tableaux restent peu clairs et peu représentatifs.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Street, A. f., Couper, J. w., Love, A. w., Bloch, S., Kissane, D. w., & Street, B. c. (2010). Psychosocial adaptation in female partners of men with prostate cancer. <i>European Journal of Cancer Care</i> , 19(2), 234-242. doi:10.1111/j.1365-2354.2008.01012.x				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Le titre « l'adaptation psychosocial des femmes des hommes atteints d'un cancer de la prostate » est plus ou moins précis.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé est peu clair, car celui-ci n'est pas séparé en plusieurs parties mais elles sont bien présentes.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Il est écrit que le cancer de la prostate peut être considéré comme une maladie relationnelle. En effet, ses conséquences physiques et psychosociales peuvent affecter des relations significatives, en particulier lors de relations intimes. Le problème est donc énoncé clairement.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			C'est un résumé complet qui touche à beaucoup de variables différentes présentes dans l'étude. Elles sont bien décrites selon les études antérieures.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			Les chercheurs citent le modèle transactionnel de Lazarus et Folkmann dans la recension des écrits. On peut en conclure que celui-ci est donc leur cadre théorique.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but est d'explorer l'adaptation psychosociale des femmes vivant avec des hommes ayant un diagnostic de cancer de la prostate, localisé ou métastatique. L'étude se concentre sur la détresse des femmes, explore leurs stratégies d'adaptation, l'influence sur le bien être psychosocial et les relations dans le couple. Il est clairement formulé à la page 235 à la fin du chapitre de l'introduction.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			C'est une étude qualitative observationnelle et longitudinale. De plus, les auteurs expliquent la raison pour laquelle ils utilisent une étude qualitative à la page 235, ce qui permet de se faire une idée de l'étude qui va suivre.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Ce genre de devis permet d'avoir des informations pertinentes quant à l'impact qu'a le cancer de la prostate aux divers temps de la maladie. En effet, la détresse psychologique et l'anxiété sont souvent étudiés au moment du diagnostic.
Population, échantillon et	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Population cible : Les femmes des hommes atteints d'un cancer de la prostate, recrutées dans des cabinets privés et hôpitaux publics de

contexte					Melbourne. Il y avait 60 femmes au départ, cependant 10 ont été retirées pour cause de fatigue, crise personnelle ou de décès de leurs partenaires.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			50 femmes , ne devant pas souffrir d'un cancer actif ou d'une maladie psychique et parlant couramment l'anglais.
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Des entretiens semi-structurés ont été effectués avant le début du traitement, ou peu après (T1) et 6 mois plus tard (T2)</li> <li>○ L'intention du 1<sup>er</sup> entretien était d'explorer l'effet du diagnostic sur la relation de couple. Les questions liées à la sexualité, à la continence et à la vie sociale ont été discuté.</li> <li>○ Le 2<sup>ème</sup> entretien s'est porté sur des thèmes similaires, en mettant l'accent sur l'exploration, des stratégies d'adaptation adoptées par ces femmes au cours des 6 derniers mois. Ceci a pour but, de comprendre l'impact sur la relation couple au fil du temps.</li> <li>○ Les entretiens au T1, ont été effectués au domicile des couples. Les entretiens au T2, ont été menés par téléphone.</li> <li>○ Des questionnaires comprenant des détails sociodémographiques et des échelles de détresse psychologique (BSI) et des symptômes dépressifs, ont été remplis par les femmes au T1 et T2.</li> <li>○ Tous les entretiens ont été enregistrés.</li> </ul> <p>Nous n'avons par contre, pas de questions « types » ou le genre de questions posées aux participants, mais sur quoi celle-ci portent.</p>
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Le déroulement de l'étude est très bien décrit dans le chapitre « méthode » à la page 235. Dailleurs, ils expliquent même qu'au début de l'étude, toutes les femmes ont exprimé leur détresse psychologique. Cependant la 1 <sup>ère</sup> analyse d'entrevue, a démontré des différences concernant les stratégies mises en place. Lors de la 2 <sup>ème</sup> analyse, les chercheurs ont donc séparé deux groupes de femmes (11 et 39), selon leur niveau de dépression et d'anxiété (BSI).
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			L'approbation a été obtenue auprès des comités d'éthique de la recherche dans chacun des 5 hôpitaux publics impliqués de l'Université de Melbourne. Un consentement écrit a été rempli par les femmes.
<b>Résultats</b> Traitement/	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Les entretiens ont été enregistrés, transcrits et analysés selon le programme informatique NVivo7. Chaque cas a été différencié



Analyse des données					avec un résumé sociodémographique de la femme, ainsi que l'âge, le stade du cancer et le traitement du patient. Les deux entrevues ont été intégralement retranscrites.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			Les données de toutes les entrevues ont été codées en section selon les questions d'entrevues. Les relations émergentes entre les impacts et les stratégies d'adaptation ont été examinées.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Par le texte, les résultats sont clairement définis selon les thématiques ressortis avec le verbatim mis en lien.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			<u>L'adaptation émotionnelle :</u> ➤ l'évaluation de l'impact (menace, perte et défis) ➤ Le coping (processus et stratégies) – le bon coping, rester calme, l'acceptation ➤ L'évaluation et le sens relationnel – impact sur la sexualité, l'impact social ➤ La régression (détresse) – réponses somatiques et émotionnelle, isolement Ces genres de thèmes sont bien représentés, cependant ils ne reprennent pas le cadre théorique de départ.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		En tout cas, n'est pas mentionné tel quel dans le texte
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Pour presque tous les résultats
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		Les chercheurs ne l'abordent pas. Le fait que l'échantillon soit petit ne permet pas de généraliser entièrement les données des résultats. Par contre, la division en 2 groupes, a permis de généraliser le fait que les femmes qui avaient de mauvaises stratégies présentaient plus de détresse psychologique (l'évitement, la culpabilité,...) Le deux tiers des participants étaient des partenaires d'hommes atteints d'un cancer localisé, ce qui ne permettait pas de généraliser non plus à tous les stades de cancer.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Oui, en ce qui concerne le développement de meilleurs programmes d'interventions quant aux stratégies d'adaptation des ces personnes.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Globalement, l'article est bien décrit, les chapitres sont clairs et structurés.

Commentaires :	
----------------	--

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille de lecture critique d'un article scientifique

### Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Lafaye, A., Petit, S., Richaud, P., Houédé, N., Baguet, F., & Cousson-Gélie, F. (2014). Dyadic effects of coping strategies on emotional state and quality of life in prostate cancer patients and their spouses. <i>Psycho-Oncology</i> , 23(7), 797-803. doi: 10.1002/pon.3483				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le titre « les effets des stratégies d'adaptation dyadiques sur l'état émotionnel et la qualité de vie chez les patients atteints d'un cancer de la prostate et leurs épouses » est clair et le sujet est bien défini.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Dans le résumé, on peut retrouver les principales parties du texte et sont séparées distinctivement. Le cadre théorique n'est par contre pas stipulé.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Dans le paragraphe de l'introduction, le problème de recherche est défini de manière narrative mais n'est pas clairement stipulé. Cependant, la récitation des écrits détaillée permet de se rendre compte du problème de recherche. Les chercheurs expliquent même la raison pour laquelle ils utilisent une composante qualitative.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			En France, 71 000 nouveaux cas de cancer de la prostate sont diagnostiqués en 2011. Celui-ci étant le cancer le plus répandu en France et dans d'autres pays occidentaux, ses taux d'incidence augmentent (en raison d'un diagnostic plus précis et du vieillissement de la population) et ses taux de mortalité baissent. Cette maladie engendre un impact important sur la qualité de vie et l'état émotionnel de cette population. De plus, les conjoints sont également touchés par cette maladie (voir même plus que les patients eux-mêmes). Ils doivent donc y faire face en couple et il existe, une corrélation entre la détresse psychologique vécue par les patients atteints de cancer et celle expérimentée par leurs conjoints.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Les chercheurs décrivent bien le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman dans la récitation des écrits. On comprend donc, à travers le texte, qu'ils l'utilisent comme cadre théorique.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but de l'étude est de déterminer la corrélation des stratégies d'adaptation entre les membres du couple impactant sur l'état émotionnel et la qualité de vie pendant tout le traitement du cancer de la prostate. Elle a aussi comme but d'identifier la population à risque de détresse et d'anxiété afin de cibler les actions de soutien et d'interventions. Celui-ci est clairement décrit à la page 798, à la fin du chapitre de l'introduction.

					<p>Ils font l'hypothèse que :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. les stratégies d'adaptation centrées sur le problème et le soutien social mis en place par les patients ou les conjoints ont un impact positif sur l'état émotionnel et la qualité de vie</li> <li>2. Les stratégies d'adaptation axées sur l'émotion peuvent être négatives.</li> </ol>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			C'est une étude longitudinale et prospective. Le devis de l'étude est décrit à la page 798 et les chercheurs stipulent la raison pour laquelle ils utilisent ce genre de devis.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Population cible : 99 conjoints et patient traité pour un cancer de la prostate par chimio ou radiothérapie à Bordeaux en France. La population est détaillée au chapitre « participants ».
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Echantillon final : 79 couples. Le patient doit être traité pour un cancer de la prostate, sans métastases par radiothérapie ou chimiothérapie, en ayant eu ou non une intervention chirurgicale (prostatectomie). Il devait être âgé de plus de 18 ans et devait être en couple. Les couples ne devaient pas avoir d'antécédents de maladies psychiatriques, d'alcoolisme et de toxicomanie. L'échantillon est très bien décrit à la page 799 et les données démographiques sont bien détaillées dans le tableau 1.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Il n'y a aucun calcul statistique qui a été effectué afin de savoir si l'échantillon est représentatif du contexte.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			<p>Auto-questionnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluant les facteurs psychologiques et physiques de la qualité de vie</li> <li>• Évaluant l'anxiété</li> <li>• Évaluant les symptômes dépressifs CES-D</li> <li>• Évaluant les stratégies d'adaptation du stress WCC-R</li> </ul> <p>Les données médicales ont été recueillies par le personnel médical en utilisant le score de Gleason. Les questionnaires sont très bien décrits à la page 799. On a des infos concernant la validité des outils, qui restent pertinents.</p>
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Oui, elles sont détaillées et mises en lien avec les outils de mesures.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			<p>Les questionnaires ont été distribués à chaque personne à T1, T2, T3.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ T1 : 1er jour du traitement.</li> <li>➤ T2 : 1 mois après T1 pour les patients traités par radiothérapie et 3 mois après T1 pour les patients en chimiothérapie.</li> <li>➤ T3 : 2 mois après T1 pour la radiothérapie et pour la chimiothérapie 6 mois après T1.</li> </ul>

Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Un consentement signé de tous les participants a été rendu et le protocole de l'étude a été approuvé par le comité Ethique de Bordeaux.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Des tests statistiques de corrélation grâce au modèle APIM sont effectués. Celui-ci est décrit pour en comprendre l'utilité. Le seuil de probabilité était à $p < 0.05$
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 1 tableau de corrélation de différentes variables : les effets des stratégies de coping sur les membres de la dyade (centrée sur le problème, centrée sur l'émotion, soutien social) à T1, T2, T3 → sur l'anxiété, la dépression et la qualité de vie mentale et physique des patients et des partenaires.</li> </ul> <p>Des commentaires narratifs sont effectués pour les valeurs les plus significatives qui permettent de bien comprendre le tableau 2.</p>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Ils sont interprétés selon les 3 stratégies d'adaptation principales (Lazarus et Folkman) et selon le modèle APIM pour les stratégies d'adaptation dyadiques.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			<p>Certains résultats ont confirmé ceux des études antérieures :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Un esprit combattif améliore l'état émotionnel et le fonctionnement social</li> <li>➤ L'adaptation axée sur l'émotion est néfaste pour les patients et les conjoints, ils présentent une anxiété et des symptômes dépressifs élevés ainsi qu'un faible niveau de qualité de vie mentale.</li> <li>➤ Lorsqu'un couple est confronté au CA de la prostate, les stratégies d'adaptation utilisées par les patients ou les conjoints jouent un rôle clé dans leur propre bien-être, également chez leur partenaire.</li> </ul>
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			<p>Les limites de l'étude sont clairement reconnues à la page 801. L'outil d'analyse des données (modèle APIM) était univarié. Ceci signifie que le patient ou le partenaire n'ayant pas répondu, le questionnaire n'était pas pris en compte. De plus, les variables sont auto-déclarées et ne reflètent donc pas l'anxiété, la qualité de vie et les symptômes dépressifs véritables.</p> <p>Le fait que la participation à l'étude est « bénévole », les personnes qui s'impliquent dans l'étude sont souvent en meilleure santé et ont donc moins de problèmes psychologiques. Le conjoint accepte de participer à l'étude mais pas le patient, ceci pose aussi donc problème, il faut avoir le couple en entier.</p>
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Elle n'est pas stipulée clairement, mais la taille de l'échantillon peut laisser penser que ceci peut être généralisé.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Les résultats impliquent que les patients et les conjoints devraient être inclus dans les programmes psychosociaux, afin de développer et de renforcer leurs stratégies d'adaptation.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evaluer la congruence des stratégies d'adaptation entre les couples durant le traitement du cancer sur leur bien-être.</li> </ul>

					➤ Inclure des indicateurs physiologiques de l'état émotionnel et de la qualité de vie afin que l'outil de mesure soit spécifique.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	<b>X</b>			Les chapitres sont clairs et bien structurés. Les différents tableaux présentés sont utiles à la compréhension du texte.
Commentaires :	Cette étude est de qualité, car elle est mixte, précise et pertinente dans l'analyse des stratégies d'adaptation sur les membres de la dyade.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille de lecture critique d'un article scientifique

### Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Green, H. j., Wells, D. j. n., & Laakso, L. (2011). Coping in men with prostate cancer and their partners: a quantitative and qualitative study. <i>European Journal of Cancer Care</i> , 20(2), 237-247. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2010.01225.x">https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2010.01225.x</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	<b>X</b>			Le titre « les stratégies d'adaptation des hommes atteints d'un cancer de la prostate et leurs partenaires : une étude qualitative et quantitative » est précis et clair. Le devis de l'étude est donné dans le titre, ce qui permet de se rendre compte de l'étude qui va suivre.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	<b>X</b>			Dans le résumé, on peut retrouver les principales parties du texte (introduction → but, méthodologie, résultats, conclusion), mais celles-ci ne sont pas séparées distinctivement les unes des autres.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	<b>X</b>			« Le cancer de la prostate est la maladie la plus fréquente chez les hommes australiens et est, la deuxième cause de mortalité. Les facteurs de stress associés à celui-ci, affectent le patient mais aussi ses proches. Il est important de comprendre comment les patients et leurs familles font face à cette maladie qui influence considérablement leur bien-être ». Le phénomène de l'étude est bien décrit et est placé dans un contexte.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	<b>X</b>			Les chercheurs ont divisé la recension des écrits en différentes thématiques, ce qui permet de bien structurer le texte et de comprendre les différentes variables à étudier dans le chapitre de l'introduction : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les stratégies d'adaptation et la qualité de vie</li> <li>➤ Les scores et les représentations des partenaires concernant l'échelle de la qualité de vie (HRQol) et les stratégies d'adaptation</li> </ul>
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	<b>X</b>			Les auteurs citent le modèle transactionnel de Lazarus et Folkmann dans le chapitre de l'introduction à la page 238. Ils ne stipulent pas exactement qu'ils l'utilisent comme cadre théorique mais on le comprend au travers du texte. <b>De plus, le concept de la qualité de vie est également bien défini.</b>
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	<b>X</b>			Le but de l'étude est clairement défini dans le chapitre « étude actuelle », avec ce qui n'a pas encore été étudié. Le but : évaluer la qualité de vie et les stratégies d'adaptation mises en place, individuellement, que ce soit des patients avec ou sans partenaire. Les partenaires seront également évalués individuellement. De plus, cette étude permettra d'aboutir à des résultats quantitatifs et qualitatifs. Ils font aussi des hypothèses en disant « nous laissons entendre que... » : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'approche comme stratégie d'adaptation : est associée à une meilleure qualité de vie et que l'évitement est associé à une moins</li> </ol>

					bonne qualité de vie. 2. Les partenaires évaluent la qualité de vie des patients de manière égale, voir moins bonne que les patients eux-même.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		<b>X</b>		Il n'est pas explicité clairement dans le texte. Cependant, ils décrivent très bien les raisons pour lesquelles ils utilisent un devis mixte. Beaucoup d'études sur le sujet sont soit qualitative ou quantitative, mais pas les deux. Ce genre de méthode permet de donner la paroles aux perspectives individuelles en utilisant à la fois, des mesures standardisées et des réponses écrites, à des questions ouvertes.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	<b>X</b>			Population cible : hommes atteints d'un cancer de la prostate avec ou sans partenaires. Un tableau (1) récapitulatif des traitements et des données démographiques des couples est en complément à la page 239.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	<b>X</b>			Echantillon : 105 hommes atteints de cancer de la prostate, âgé de 48 à 86 ans ainsi que 85 partenaires de 48 à 84 ans. Ils ont été recrutés en Australie, dans des hôpitaux publics ou de cabinets privés dans les services d'urologies et dans des groupes de soutien. Aucun critères d'inclusions et d'exclusions n'ont été pris en compte, afin d'avoir un maximum de participants.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		<b>X</b>		
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	<b>X</b>			Des auto-questionnaires ont été distribués pour récolter les données. Ceux-ci sont décrits, détaillés et structurés dans le chapitre « matériel/outil » qui permet de se rendre compte de ce qui va être analysé. De plus, on a les valeurs concernant la validité des outils utilisés. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'échelle abrégée de stratégies d'adaptation dyadiques (ADAS)</li> <li>➤ La Bref COPE</li> <li>➤ Un questionnaire évaluant la qualité de vie du cancer (QLQ-C30)</li> <li>➤ Questions ouvertes : pour évaluer les perceptions personnelles des participants concernant les stratégies d'adaptation, 3 questions ouvertes ont été formulées : « décrivez les aspects positifs du diagnostic » « veuillez décrire les aspects négatifs du diagnostic » « Décrivez toutes les stratégies que vous avez utilisé à partir de l'annonce du diagnostic jusqu'à ce jour ».</li> </ul> Ils décrivent même les questions qu'ils vont poser, ceci en permet donc une bonne compréhension.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	<b>X</b>			



Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X		Les participants ont rempli les questionnaires à divers « temps de la maladie » et du processus de l'étude. Les questionnaires ont été retournés par enveloppes prépayé. Chaque questionnaire a été codé, ce qui a permis de séparer les réponses des dyades et des célibataires. Les couples ont rempli le questionnaire individuellement. Ce processus est bien décrit dans le chapitre « procédure », reste succinct mais clair.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X		L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X		Les chercheurs ont utilisés différents tests statistiques pour analyser les diverses données. Ils les détaillent dans le chapitre « analyses » à la page 240 : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les chercheurs ont utilisé des tests statistiques non paramétriques (Wilcoxon)</li> <li>➤ Des corrélations spearman</li> <li>➤ La régression hiérarchique multiple (pour trouver des prédicteurs)</li> </ul> Pour le qualitatif : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Analyse de contenu en classant par thèmes émergents</li> <li>➤ Concernant les stratégies d'adaptation : classées selon les mêmes rubriques que la Bref-COPE → revu par un étudiant en psychologie</li> </ul>
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Quantitatif : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tableau n°2 = concerne les moyennes entre les stratégies d'adaptation et les variables de la qualité de vie des patients et des partenaires.</li> <li>➤ Tableau n°3 = les corrélations entre les variables de l'échelle de la qualité de vie (fonctionnement physique, émotionnel, social,...), les stratégies d'adaptation et les patients ayant un partenaire participant et leurs variables (satisfaction de la relation, temps du diagnostic, âge,...)</li> </ul> Le résumé narratif des résultats est à l'appui pour la compréhension des tableaux de statistiques et est structuré et détaillé dans le texte en plusieurs thématiques : la satisfaction de la relation, les stratégies d'adaptation et la qualité de vie, la comparaison entre des évaluations et des partenaires et les variables. Qualitatif : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tableau n°4 = concerne les aspects positifs et négatifs du traitement, des priorités de le vie, etc vu par les partenaires et les patients.</li> <li>➤ 1 texte de narration concernant de multiples stratégies d'adaptation. Ces données qualitatives sont cependant, pas bien structurées dans le texte.</li> </ul>

<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		<b>X</b>		Les chercheurs comparent plus les résultats aux études antérieures qu'au modèle conceptuel.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	<b>X</b>			Les résultats sont comparés aux études antérieures qu'ils soient différents ou pas. Les résultats confirment les hypothèses de départ faites par les chercheurs et les études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	<b>X</b>			Ils en font part dans le chapitre de la discussion à la page 245. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les participants n'ont pas dû spécifier les caractéristiques de la maladie (stade, statut de la maladie).</li> <li>➤ Cette étude se rapporte plus auprès de patients bien cliniquement, car ils ont été recrutés dans des unités ambulatoires et des groupes de soutien.</li> <li>➤ Les partenaires n'ont pas eu besoin d'identifier leur sexe, de sorte à ne pas influencer l'échantillon.</li> <li>➤ Il est possible que certain couple ait rempli le questionnaire ensemble, alors qu'ils étaient invités à répondre séparément.</li> <li>➤ L'échelle de fonctionnement social chez les patients avait une fiabilité faible (un Cronbach à 0,62 contre 0,85 pour les partenaires)</li> <li>➤ L'analyse des données qualitatives manque de certaines fonctionnalités plus importantes.</li> <li>➤ Les résultats actuels suggèrent que les stratégies d'adaptation et la qualité de vie des couples, peuvent également s'appliquer pour les patients célibataires.</li> </ul>
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			<b>X</b>	Les résultats confirment les recherches antérieures, concernant la prise en compte de l'adaptation et de la qualité de vie, des patients et des partenaires. Les résultats suggèrent que les stratégies d'adaptation et la qualité de vie des dyades sont susceptibles de s'appliquer qu'aux patients.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?		<b>X</b>		
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?			<b>X</b>	Cela reprend la question de la généralisation de la conclusion.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	<b>X</b>			
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Lim, J., Shon, E., Paek, M., & Daly, B. (2014). The dyadic effects of coping and resilience on psychological distress for cancer survivor couples. <i>Supportive Care in Cancer</i> , 22(12), 3209-3217. <a href="https://doi.org/10.1007/s00520-014-2334-9">https://doi.org/10.1007/s00520-014-2334-9</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le sujet est bien défini et le titre est clair.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé est bien structuré, cependant, il ne traite que de l'objectif, de la méthode et du chapitre des résultats.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Dans le paragraphe de l'introduction, le problème est défini de manière narrative, mais n'est pas formulé directement → Le cancer du sein, colorectal et de la prostate sont les cancers les plus fréquemment diagnostiqués et sont les principales causes de mortalité chez les hommes et les femmes aux États-Unis. Bien que de nombreuses personnes atteintes de cancer survivent pendant des années après le diagnostic initial, une grande proportion de survivants du cancer continue de connaître une détresse psychologique. Par exemple, la dépression et l'anxiété sont connues pour être des symptômes psychologiques communs chez les survivants du cancer et plus de 35% des survivants du cancer présentent des symptômes dépressifs pendant les phases de survie du cancer. Les conjoints des patients ont tendance à les soutenir pour répondre aux divers besoins et ainsi ils peuvent éprouver une détresse psychologique. Un certain nombre d'étude, a trouvé une corrélation significative entre la détresse du patient et leur partenaire. C'est-à-dire que l'effet du cancer sur les épouses affecte l'adaptation du survivant, en lien avec la détresse et la situation stressante. Le vécu de la situation stressante des survivants peut affecter la détresse psychologique et l'adaptation du conjoint.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Plusieurs connaissances sur les variables sont mises en lien dans le chapitre de l'introduction.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			La théorie d'adaptation et celle de la résilience, sont clairement décrites.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but et les hypothèses de l'étude sont clairement formulés à la fin du chapitre d'introduction à la page 3210. <u>But</u> : comprendre les relations d'adaptation, les caractéristiques de la résilience

					<p>et de la détresse psychologique, auprès des partenaires et des survivants du cancer. L'étude se concentre spécifiquement sur le réaménagement et l'acquisition de l'adaptation du soutien social afin d'investiguer les effets de ces stratégies d'adaptation sur la détresse psychologique du couple. Concernant les stratégies d'adaptation dyadiques, l'étude s'intéresse au remaniement (recadrage) de l'adaptation, qui est l'une des stratégies de coping positive dans le couple.</p> <p><u>Hypothèses 1</u> : Le remaniement et l'acquisition des stratégies d'adaptation de soutien social sont positivement liées aux caractéristiques de la résilience, qui sont, à leur tour, associées négativement à la détresse psychologique.</p> <p><u>Hypothèses 2</u> : Le remaniement et l'acquisition des stratégies d'adaptation de soutien social prédisent positivement, leurs propres caractéristiques de la résilience, qui à leur tour, prédisent négativement la détresse psychologique du partenaire.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		<b>X</b>		Il n'est pas explicité clairement dans le texte mais on le devine au travers de celui-ci : un devis transversal.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	<b>X</b>			Les participants ont été sélectionnés par le biais d'un hôpital Universitaire de Cleveland (Ohio) dans un service d'oncologie, entre février 2011 et février 2012.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?				<p>91 couples de survivants de cancer, comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patients âgés de plus de 18 ans au moment du diagnostic</li> <li>○ Diagnostiqué avec un cancer du sein, un cancer colorectal ou un cancer de la prostate au cours des 5 années précédentes</li> <li>○ Le traitement actif terminé</li> <li>○ N'ayant reçu aucun diagnostic d'autres cancers</li> <li>○ N'ayant pas d'autres troubles médicaux ou psychiatriques</li> <li>○ Les femmes des survivants n'ayant eu aucun cancer</li> </ul> <p>L'étude comprend également que des Afro-Américains et des Européens, en excluant les Asio-Américains (trop peu de participation).</p>
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		<b>X</b>		
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	<b>X</b>			<p>Le questionnaire est très bien décrit selon les différents outils de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Une échelle de symptômes (<b>BSI</b>) psychologiques</li> <li>➤ Echelle d'évaluation personnelle axée sur la famille (F-COPES)</li> <li>➤ L'échelle brève de la résilience</li> </ul>

				<p>➤ Un Auto-questionnaire a été distribué, afin d'obtenir des caractéristiques démographiques et médicales (âge, sexe, revenu, emploi, éducation, type de cancer, ...).</p> <p>Chaque variable est bien décrite dans les différents tableaux.</p>
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X		
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X		<p>La procédure et le déroulement de l'étude sont détaillés dans le chapitre procédure et analyse des données à la page 3211.</p> <p>Les chercheurs ont envoyé des lettres d'invitation aux potentiels participants (950). Les survivants n'ayant pas répondu aux lettres d'invitation, ont reçu un appel téléphonique. Pour les participants motivés, un complément d'informations a été effectué par téléphone pour évaluer l'admissibilité (543). Pour les participants éligibles un questionnaire et un formulaire de consentement a été envoyé et ont été invité à le retourner 3 semaines après par poste (103). Lorsque les conjoints n'étaient pas favorable à la participation de l'étude, la dyade a été exclue (12). Les conjoints ayant accepté de participer, un bref appel a été effectué pour évaluer l'admissibilité.</p> <p>Total : 91 couples</p>
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X		<p>L'étude a été approuvée par le conseil d'examen institutionnel de Cleveland.</p> <p>Un consentement écrit a été rempli par les participants.</p>
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X		<p>T test : ont été faits pour différencier les moyennes entre l'adaptation des couples, les caractéristiques de la résilience et la détresse psychologique. Dans le but d'évaluer la similarité des variables dans les dyades, les chercheurs ont effectué des tests de corrélations. Le programme ANOVA a été utilisé pour examiner les différences de variables prédictives et les résultats des caractéristiques démographique et médicales. Les analyses ont été effectuées à l'aide de SPSS 20.0. Le modèle de médiation interdépendance patient-partenaire (APIMEM) a été utilisé pour évaluer la médiation des données dyadiques. Pour tester les hypothèses, les chercheurs ont utilisé 2 modèles de médiation qui différaient selon la variable indépendante (coping). Ils ont détaillé comment chaque type d'adaptation étaient associées à la détresse psychologique et à la résilience. Une équation a été utilisée pour tester les 2 hypothèses en utilisant le modèle AMOS 20.0. Les données manquantes ont été estimées comme la moyenne des autres variables. Durant l'analyse préliminaire, les scores de détresse psychologique des survivants variaient de manière significative selon le type de cancer. Le remaniement et l'acquisition du soutien social variaient selon le stade du cancer. Cependant, le niveau de stress au sein du couple était significativement associé à la détresse psychologique, à la résilience et à l'adaptation. C'est pourquoi, le stade et le type du cancer et du niveau de stress dans les dyades ont été inclus comme co-variables dans le modèle final.</p> <p>Au final, les effets de médiation ont été testés pour la signification et</p>

				confirmés avec des tests de SOBEL.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Par le texte, les résultats sont bien démontrés selon les hypothèses à tester. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 1 tableau concernant les caractéristiques démographiques est détaillé à la page 3212.</li> <li>➤ Le tableau n°2 évoque les intercorrélations entre les moyennes et les écarts-types des variables de l'étude.</li> <li>➤ Le tableaux n°3 explique les effets des stratégies de coping dyadiques, sur la résilience et la détresse psychologique. Ce tableau est très détaillé mais reste difficile à analyser et comprendre par toutes ces corrélations. Les chercheurs ont effectué un schéma décrivant les stratégies dyadiques et son effet sur la résilience et la détresse psychologique qui permet de mieux comprendre le tableau n°3.</li> </ul>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X		Cependant, le cadre de résilience n'a pas été entièrement impliqué en raison de la petite taille de l'échantillon.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X		
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Les limites sont bien décrites à la page 3215.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		Elle est stipulée à la page 3215, en disant que la réplication de l'étude actuelle sur un échantillon plus large et représentatif serait nécessaire. Les résultats doivent être interprétés avec prudence.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X		Les résultats indiquent la nécessité d'interventions interdisciplinaires, limitées dans le temps, qui visent à renforcer les capacités et les stratégies d'adaptation des couples. Des interventions basées sur la psychologie et le comportement des couples, permettrait de faire face ensemble aux défis psychosociaux et à la gestion des effets secondaires.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X		Les études futures devraient tenir compte d'autres facteurs comme les émotions qui influencent la détresse psychologique.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		Les chapitres sont clairs et précis.
Commentaires :				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche quantitative

### Référence de l'article :

Couper, J., Bloch, S., Love, A., Duchesne, G., MacVean, M., & Kissane, D. (2009). Coping Patterns and Psychosocial Distress in Female Partners of Prostate Cancer Patients. *Psychosomatics*, 50(4), 375-382. doi :10.1176/appi.psy.50.4.375

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre « les stratégies d'adaptation et la détresse psychosociale des partenaires féminins des patients atteints d'un cancer de la prostate » permet de se faire une idée claire et précise du sujet qui paraîtra dans l'article.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Dans le résumé, on peut retrouver les principales parties du textes et sont séparées distinctivement. Le cadre théorique n'est par contre pas stipulé.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Dans le paragraphe de l'introduction, le problème de recherche est défini de manière narrative. Celui-ci est clair, court et précis : le cancer de la prostate (PCA) affecte autant les patients que leurs familles ; les effets du traitement ont un impact sur le fonctionnement corporel tels que l'impuissance sexuelle, l'incontinence urinaire et fécale. Ceux-ci affectent en particulier le partenaire du patient.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Plusieurs variables y sont présentées comme le cancer de la prostate et les conséquences de traitements et l'expérience du patient. Peu d'études ont été faites sur l'impact psychosocial du partenaire et la satisfaction conjugale.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		L'étude parle indirectement du modèle d'adaptation de Lazarus et Folkmann, par l'outil de mesure de la WCCL, mais n'est pas clairement stipulé.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Elles sont décrites dans le chapitre des analyses statistiques. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adaptation inadéquate chez les partenaires au T1 prédit un GSI plus important à T2.</li> <li>2. Stratégies d'adaptation inefficaces chez les partenaires à T2 seraient en corrélation avec le niveau de GSI à T2.</li> </ol> Le but de l'étude est aussi clairement défini à la p. 376
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Devis quantitatif de type descriptif longitudinal et observationnel
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Le patient devait être diagnostiqué avec un cancer de la prostate localisé ou métastasé. Les couples devaient être capable de comprendre l'anglais oral ou écrit.



	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			103 couples. C'est un échantillon important dans ce type de recherche.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Une échelle de symptômes (BSI) psychologiques</li> <li>➤ L'échelle (DAS) d'ajustement de la dynamique dyadique</li> <li>➤ L'index des relations familiales Formule courte (FRI)</li> <li>➤ La liste de stratégies d'adaptation (WCCL)</li> </ul> <p>Ils sont clairement décrits à la p. 376</p>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les variables à mesurer sont clairement décrites dans le chapitre « mesures ». De plus, elles sont notamment détaillées dans les tableaux présentés. On a des infos concernant la validité des outils.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			<p>L'approbation éthique de l'étude a été obtenue auprès des comités d'éthique de la recherche humaine de chacun des 5 hôpitaux publics impliqués dans l'étude et de l'Université de Melbourne.</p> <p>La procédure de recherche est très bien développée dans le chapitre « recrutement ». Les couples ont rempli les questionnaires, au moment du diagnostic (T1) et 6 mois plus tard (T2). Les couples ont du remplir individuellement les questionnaires.</p> <p>T1= entretien dans les foyers, maisons T2= lettre et téléphone</p>
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Des corrélations bivariées et une analyses de régression hiérarchique ont été effectuées pour tester les hypothèses. A la page 377, dans la rubrique « analyses des données », on nous parle de l'outil SPSS afin d'analyser toutes les données quantitatives.
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 1 tableau de corrélations : la détresse psychologique (GSI) et les stratégies d'adaptation (échelle WCCL), à T1 et T2.</li> <li>➤ 1 tableau de corrélations : la détresse psychologique du partenaire à T1 et la stratégie de la pensée magique à T2 → détresse psychologique à T2.</li> <li>➤ 1 tableau de prédicteurs : la détresse psychologique du partenaire à T1 et la stratégie d'adaptation de la culpabilité et de l'évitement à T1 → détresse psychologique à T2.</li> <li>➤ 1 tableau de corrélation : la détresse psychologique du patient et du partenaire et de la DAS, la FRI, les facteurs psychosociaux à T1 et T2.</li> </ul> <p>Les différents tableaux permettent de bien comprendre les résultats et sont facile à déchiffrer. Le texte est à l'appui des différents résultats, cependant il reste très court.</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?			X	C'est plutôt en lien avec les recherches antérieures et ils ont été séparés par la détresse psychologique, les stratégies d'adaptation en lien avec la WCCL, le fonctionnement conjugal et familial.

	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limites sont clairement explicitées à la page 380. Le fait de recruter des patients via des cliniques permet d'avoir une population cible, mais cependant restreint le taux de recrutement. De plus, il est délicat et complexe de mesurer l'état psychologique et de pouvoir regrouper les facteurs d'inadaptation afin d'en faire une généralité. Il y a également une limite quant aux mesures utilisées. Il est possible que ces mesures ne soient pas suffisamment sensibles pour détecter des corrélations significatives de la détresse psychologique dans cette taille d'échantillon. Elles ne mesurent pas les types de stratégies de coping ou les aspects du fonctionnement conjugal ou familiale qui sont en corrélation avec la détresse psychologique des partenaires.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les résultats de cette étude, peuvent être utilisés pour guider le développement d'une thérapie axée sur le couple, afin de réduire et de gérer cette détresse psychologique engendrée par le diagnostic PCA.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Il est clairement structuré et suffisamment détaillé. Les tableaux sont clairs et précis.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Cette étude démontre la détresse psychologique des patients, qui se produit simultanément avec la détérioration de la satisfaction conjugale des partenaires. La corrélation entre les stratégies d'adaptation négatives et l'ajustement psychosocial du partenaire est aussi démontrée. Une intervention axée sur les couple serait donc nécessaire. Les résultats de cette étude permettent d'être utilisés pour guider des interventions axées sur les couples qui pourraient ensuite être testés et randomisés – contrôlés.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Rapport-Gratuit.com

## Appendice D

Les instruments de mesure et échelles utilisés dans les études

- **L'échelle de symptômes psychologiques (BSI)** : est utilisée dans l'étude de Couper et al. (2009), Lim et al. (2014) et Street et al. (2010), afin d'estimer une cote globale de la détresse psychologique.
- **L'échelle d'ajustement de la dynamique dyadique (ADAS)** : est un auto-questionnaire qui permet de mesurer le niveau de satisfaction des relations au sein des couples (Couper et al., 2009 ; Green et al., 2011).
- **L'index des relations familiales Formule courte (FRI)** : est un questionnaire qui mesure les perceptions familiales, y compris les relations interpersonnelles et la structure organisationnelle dans les domaines de la cohésion, de l'expression et de la résolution des conflits. Elle est utilisée dans l'étude de Couper et al. (2009).
- **La liste des stratégies d'adaptation (WCCL)** : est une mesure de l'adaptation tirée à l'origine du modèle transactionnel de stress de Lazarus, contenant 42 items, incluant les pensées et les actions que les gens utilisent dans le but de faire face aux situations stressantes. Elle comprend cinq catégories d'adaptation telles que : centré sur le problème, le soutien social, la culpabilité, l'évitement et la pensée magique (Couper et al., 2009).
- **La liste des stratégies d'adaptation du stress (WCC-R)** : est utilisée dans l'étude Lafaye et al. (2014) dans le but d'évaluer les stratégies mises en place.
- **The Psychosocial Adjustment to Illness Scale–Spouse version (PAIS)** : reflète les dimensions de l'adaptation des rôles (Ezer et al., 2006).

- **The Profile of Mood States (POMS)** : échelle mesurant la perturbation de l'humeur quant à l'adaptation (Ezer et al., 2006).
- **Prostate Cancer Index UCLA/RAND** : est une échelle mesurant la perception des épouses quant aux symptômes urinaires et sexuels de leur mari. Ezer et al. (2006) l'utilisent dans leur étude.
- **Le sens de la cohérence (SOC)** : est une échelle d'Antonovsky, permettant de se rendre compte de ses ressources personnelles. Elle est utilisée par Ezer et al. (2006).
- **Family adaptability and cohesion evaluation scale–II (FACES-II)** : est une échelle mesurant les concepts de cohésion familiale, de flexibilité et de communication (Ezer et al., 2006).
- **Echelle d'évaluation subjective (SRAS)** : est développée pour évaluer l'évaluation de la situation. Elle donne un score concernant l'impact de la situation et un score pour la maîtrise de cette situation (Ezer et al., 2006).
- **La Bref COPE** : est un outil de mesure composé de 28 items concernant les stratégies d'adaptation. Les participants peuvent coter leurs réponses selon une échelle de Likert allant de 1 : « je ne l'ai pas fait du tout » à 4 : « je l'ai beaucoup fait » (Green et al., 2011).
- **Le QLQ-C30** : Green et al. (2011) utilisent ce questionnaire afin d'évaluer les aspects de la qualité de vie lors d'un cancer.
- **Echelle d'évaluation personnelle axée sur la famille (F-COPES)** : est un auto-questionnaire évaluant les stratégies d'adaptation utilisées par les familles, se composant de 5 sous-échelles (le remaniement, l'attitude



passive, l'acquisition d'un soutien social, la recherche d'un soutien spirituel et la mobilisation de la famille pour accepter de l'aide (Lim et al., 2014).

- **L'échelle brève de la résilience** : est conçue pour évaluer la capacité de reconnaissance du stress et les caractéristiques de la résilience. Uniquement Lim et al. (2014) l'utilisent dans leur étude.
  
- **Divers auto-questionnaires à choix multiples ou à questions ouvertes** concernant la qualité de vie, l'anxiété, les symptômes dépressifs et les stratégies d'adaptation ont été effectués dans les études de Green et al. (2011) et Lafaye et al. (2014).

-

- **Appendice E**

- Récapitulatif des études sélectionnées et analysées

-

Tableau résumé des articles

Auteurs et dates	Devis	Population / caractéristiques de l'échantillon	But	Stratégies d'adaptation mesurées, échelles utilisées et temps	Résultats
Lafaye et al. (2014)	Etude longitudinale prospective	<p>N = 99 couples</p> <p>Âge moyen : homme – M = 66.7 Femme – M = 63.4</p> <p>Cancer prostate sans métastase, traitement par radiothérapie ou chimiothérapie, ayant eu ou non une prostatectomie</p>	<p>Déterminer la corrélation des stratégies d'adaptation entre les membres du couple, impactant sur l'état émotionnel et la qualité de vie pendant tout le traitement du cancer de la prostate</p>	<p align="center"><b>WWC – R</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Centré sur le problème</li> <li>2. Centré sur l'émotion</li> <li>3. La recherche du soutien social</li> </ol> <p>T1 – T2 – T3 → T1 représentait le premier jour du traitement. T2 était un 1 mois après T1 pour les patients traités par radiothérapie et 3 mois après T1 pour les patients en chimiothérapie. T3 était 2 mois après T1 pour la radiothérapie et pour la chimiothérapie 6 mois après T1.</p>	<p><b>Axée sur le problème :</b> Lorsque le couple met en place une stratégie d'adaptation axée sur le problème, il présente une anxiété et des symptômes dépressifs plus faibles, durant tout le processus de traitement. Cette stratégie leur permet d'augmenter leur qualité de vie physique à T2, et le niveau de qualité de vie mentale à T3. A T2 et T3, les conjoints estimaient des niveaux d'anxiété élevés et à T1 un niveau de qualité de vie physique élevé. Par contre, les patients à T2, ressentaient un faible niveau de qualité de vie mentale.</p> <p><b>Axée sur l'émotion :</b> Ce type de stratégie d'adaptation, augmente l'anxiété et les symptômes dépressifs pour les membres de la dyade et est associée à une diminution du niveau de qualité de vie mentale.</p> <p><b>Axée sur la recherche du soutien social :</b></p>



					<p>Lors de la mise en place de cette stratégie, les patients ont déclaré avoir des niveaux d'anxiété et des symptômes dépressifs faibles à chaque moment du processus. A T2, les patients ont mentionné des niveaux de qualité de vie mentale élevés, cependant, les conjoints ressortent le niveau de qualité de vie physique plus élevé. Le soutien social des conjoints prédisait un haut niveau d'anxiété chez le patient à T1 et T3 et un niveau bas de la qualité de vie mentale.</p> <p>Les résultats de l'étude démontrent que les stratégies d'adaptation sont en corrélation entre les membres du couple concernant l'état émotionnel et la qualité de vie (ceci confirmant l'hypothèse du début). Lorsque les patients et leurs conjoints utilisent la culpabilité ou l'évitement comme stratégie d'adaptation (centrée sur l'émotion), ils éprouvent un niveau élevé d'anxiété et des symptômes dépressifs, ce qui entraîne une altération de la qualité de vie mentale. Et ces résultats sont semblables aux études antérieures.</p>
Couper et al. (2009)	Etude descriptive longitudinal et observationnel	N = 103 couples  Cancer de la prostate localisé ou métastaté	Etudier l'expérience du cancer de la prostate et les effets secondaires du traitement sur les partenaires des patients	<p><b>WCCL</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Centré sur le problème</li> <li>2. Le soutien social</li> <li>3. La culpabilité</li> </ol>	Il est démontré qu'il y a un haut niveau de corrélation entre les stratégies d'adaptation des partenaires au temps 1 et 2. Il est constaté que les stratégies d'adaptation négatives telles que la

			ainsi que les stratégies d'adaptation mises en place	<p>4. L'évitement</p> <p>5. La pensée magique</p> <p>Temps 1 = moment du diagnostique</p> <p>Temps 2 = 6 mois plus tard</p>	<p>culpabilité, la pensée magique et l'évitement, ressortent à chaque fois. Il y a un lien entre la détresse psychologique (temps 1 et 2) et les stratégies d'adaptations négatives (temps 1 et 2). Certains facteurs psychosociaux des partenaires et du patient, prédisposent à une plus grande probabilité de développer de la détresse psychologique : stade du cancer, statut du patient, statut du partenaire...</p> <p><b>Prédicteurs de la détresse psychologique des partenaires à T2 :</b></p> <p>En utilisant les résultats du GSI, à T2, comme variable dépendante, une analyse de régression hiérarchique a été effectuée pour tester les variables prédictives à T1. Les variables à T1, ayant eu une relation significative avec le GSI à T2 sont : Le GSI du partenaire à T1, l'évitement et la culpabilité.</p> <p><b>Corrélation de la détresse psychologique des partenaires à T2 :</b></p> <p>Une analyse de régression hiérarchique a été faite, pour vérifier l'hypothèse des stratégies d'adaptation inefficaces mises en place à T2, étaient en corrélation avec un mauvais GSI. Les variables ayant eu une relation significative étaient les</p>
--	--	--	--	---	--

					<p>suivantes : Le GSI des partenaires à T1 et la pensée magique.</p> <p>Les stratégies de coping négatives des partenaires comme l'évitement et la culpabilité, au moment du diagnostic, prédisent une plus grande détresse psychologique du partenaire 6 mois plus tard. Les partenaires se sentant plus confiant à aider les patients à faire face aux symptômes de la PCA, présentent moins de dépression et d'anxiété. Lorsque les partenaires arrivaient se projeter dans l'avenir, lors du diagnostic, présentaient moins de détresse psychologique 6 mois plus tard.</p> <p>Un lien a été trouvé entre les stratégies d'adaptation négatives, la pensée magique à T2 et un état psychologique encore plus aggravé.</p> <p><b>Stratégies d'adaptation :</b></p> <p>Les stratégies d'adaptations sont influencées par les traits de personnalité et non par l'état mental fluctuant. De plus, les trois stratégies d'adaptation négatives (culpabilité, pensée magique, évitement) ne se sont pas liées avec les autres stratégies telles que centré sur le problème et la recherche du soutien social.</p> <p><b>Fonctionnement conjugal et familiale :</b></p>
--	--	--	--	--	---

					Il a été constaté que lorsque les perceptions des patients et des partenaires étaient semblables, il y avait une meilleure entente conjugale et un meilleur fonctionnement familiale. Cependant la corrélation entre la perception du patient et du partenaire sur le fonctionnement de la famille et du couple étaient plus fort que l'entente conjugale, en particulier au temps 1.
Ezer et al. (2006)	Étude prospective et corrélationnelle	<p>N = 70 épouses</p> <p>Âge : M = 63.7</p> <p>Années de mariage : M = 34.6</p> <p>Aucune spécificité prise en compte dans le type de traitement et stade du cancer</p>	<p>Examiner les facteurs tels que : les symptômes de la détresse, les ressources personnelles et familiales et de l'évaluation situationnelle, dans le but d'analyser leurs contributions à l'adaptation des femmes avant le traitement (T1) et 3 mois plus tard (T2). Vérifier le rôle de l'évaluation en tant que médiateur dans le modèle d'adaptation à T1 et T2.</p>	<p><b>PAIS</b> <b>POMS</b> <b>SOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dimension de l'adaptation des rôles</li> <li>2. Composantes émotionnelles de l'adaptation</li> <li>3. Permet à l'individu de se rendre compte de ses ressources personnels</li> </ol> <p>T1 = avant le ttt T2 = 3 mois plus tard</p>	<p>Il est démontré que les différentes variables étaient des prédicteurs modérés à forts pour le PAIS et des prédicteurs moyennement forts pour POMS.</p> <p>Toutes les variables de l'étude ont contribué à expliquer l'adaptation. Le prédicteur le plus fort et le plus cohérent était le « SOC » pour les deux mesures de l'adaptation, suivi de FACES pour POMS et IMPACT pour PAIS. La fonction urinaire comme mesure de la détresse des symptômes est également apparue comme prédictrice pour le PAIS et le POMS, mais seulement à T1.</p>

<p>Green et al. (2011)</p>	<p>Étude descriptive mixte</p>	<p>N = 105 hommes N = 85 conjoints</p> <p>Âges : H : 48 à 86 F : 48 à 84</p> <p>Temps après l'annonce du diagnostique (m = 26 mois)</p> <p>Traitements : prostatectomie N=50 Traitements combinés N=26 Interventions médicales N=15 Surveillance active N=7 Pas de traitement N=5 Radiothérapie N=2</p>	<p>Évaluer la qualité de vie et les stratégies d'adaptation mises en place par les partenaires</p>	<p><b>ADAS BrefCOPE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stratégies adaptation dyadiques</li> <li>2. Réinterprétation positive</li> <li>3. Désengagement mental</li> <li>4. Centré sur l'émotion</li> <li>5. Recherche de soutien social</li> <li>6. Coping actif</li> <li>7. Dénier</li> <li>8. Se rechercher dans la religion</li> <li>9. Humour</li> <li>10. Comportement évitant</li> <li>11. Se retenir</li> <li>12. Utilisation du soutien social émotionnel</li> <li>13. Utiliser des substances</li> <li>14. Acceptation</li> <li>15. Suppression des activités</li> <li>16. Planifier</li> </ol>	<p><b>Satisfaction relationnelle</b></p> <p>La satisfaction était supérieure chez les hommes dont les partenaires ayant participé à l'étude. Il n'y avait aucune différence entre les patients et leurs partenaires en rapport à l'échelle ADAS.</p> <p><u>Mesures normalisées de la qualité de vie et du coping :</u></p> <p>Les patients ont signalé une utilisation significativement plus élevée des stratégies d'adaptation positives que les stratégies d'adaptation négatives tel que l'évitement.</p> <p><u>Comparaison des réponses des patients et des partenaires :</u></p> <p>Les partenaires ont évalué le fonctionnement émotionnel du patient comme significativement pire que les patients eux-mêmes. De plus, le fonctionnement social des patients a été jugé significativement meilleur par les partenaires que par les patients. Statistiquement les partenaires et les patients avaient des stratégies d'adaptation similaires concernant l'évitement. Cependant, il y avait une différence significative quant aux stratégies d'adaptations positives ; les patients ont signalé une plus grande utilisation de celle-ci que de leur partenaire.</p>
----------------------------	--------------------------------	---	--	--	--

					<p>Lors d'une utilisation de stratégie d'adaptation de l'évitement, il y a une corrélation significative avec un mauvais fonctionnement émotionnel, social et une fatigue plus élevée. La satisfaction de la relation par les partenaires et les stratégies d'adaptation positives ont démontré des corrélations similaires à celles des patients. Cependant, lors d'évitement des partenaires, le patient va également utiliser cette stratégie (statistiquement significative). Un meilleur fonctionnement physique a été corrélé avec le fait de ne pas avoir de médicaments ou de traitements combinés et en utilisant moins de stratégies d'évitement. Plus la stratégie de l'évitement est réduite, meilleur sera le fonctionnement émotionnel.</p> <p><u>Données qualitatives :</u>  La majorité des partenaires (52%), ont utilisé de multiples stratégies d'adaptation. 42% utilisaient un soutien instrumental, 28% un soutien affectif / émotionnel, 22% ont utilisé des stratégies de coping positives, 18% l'acceptation et 15% l'adaptation spirituelle. En termes de soutien instrumental, 38% ont fait référence au patient, à la famille et à leurs amis comme source d'informations. 25%</p>
--	--	--	--	--	--

					des partenaires ont utilisé des sources d'informations écrites. 21% se sont dirigés vers un groupe de soutien du cancer et 8% ont utilisé internet. En termes de soutien émotionnel, 65% se sont dirigés auprès de la famille et des amis, 15% auprès de leur partenaires et 15 % auprès des groupes de soutien.
Lim et al. (2014)	Étude transversale	N = 91 couples  Survivants du cancer dont 49.5% avait un CA de la prostate	Comprendre les relations d'adaptation, les caractéristiques de la résilience et de la détresse psychologique, auprès des partenaires et des survivants du cancer. Plus précisément, sur le réaménagement et l'acquisition de l'adaptation du soutien social afin d'investiguer les effets de ces stratégies d'adaptation sur la détresse psychologique du couple	<p><b>F-COPES</b> <b>Échelle brève de la résilience</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stratégies d'adaptation de la famille</li> <li>2. Remaniement</li> <li>3. L'attitude passive</li> <li>4. Recherche de soutien social</li> <li>5. Soutien spirituel</li> <li>6. Mobilisation de la famille pour accepter de l'aide</li> <li>7. Reconnaissance du stress et les caractéristiques de la résilience</li> </ol>	En ce qui concerne la corrélation dyadique, les couples étaient modérément similaires concernant leur niveau d'adaptation au soutien social et leur détresse psychologique. Les corrélations des dyades pour les conjoints, étaient relativement plus faibles que celles des survivants. Les scores de détresse psychologique, de coping et de résilience étaient semblables au sein des couples. Le soutien social et les variables de la résilience représentaient 38,7% de la variance de la détresse psychologique des survivants et 25,1% de la variance de la détresse des conjoints. Dans les 2 modèles, seulement le lien entre la résilience et la détresse psychologique des partenaires étaient significatifs. Cela indique que plus les survivants ont du stress, plus la détresse des conjoints est prédite. L'effet médiateur de la résilience du survivant concernant la relation entre le remaniement d'adaptation et la détresse

					psychologique des conjoints a été confirmé via le test de SOBEL. L'utilisation du remaniement comme coping chez les survivants à un effet positif sur les capacités à se remettre du stress, ce qui réduit la détresse des conjoints. Cependant, la résilience des survivants n'a pas d'effet médiateur sur la relation entre le soutien social des survivants et la détresse psychologique des conjoints.
Street et al. (2010)	Qualitative observationnelle et longitudinale	<p>N = 50 conjointes</p> <p>Âge moyen N = 62</p> <p>Cancer localisé N=34, cancer avancé N=16, surveillance active N=17, traitement hormonal N=20, prostatectomie radicale N=8, Radiothérapie N=4, chimiothérapie N=1</p> <p>Femmes séparés en 2 groupes selon le</p>	Explorer la détresse des conjointes et leurs stratégies d'adaptation, l'influence sur le bien-être psychosocial et la relation au sein du couple	<p><u>Entretiens semi structuré avec :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Effet du diagnostic sur la relation de couple. Les questions liées à la sexualité, à la continence et à la vie sociale ont été discuté.</li> <li>2. S'est porté sur des thèmes similaires, en mettant l'accent sur l'exploration, des stratégies d'adaptation adopté par ces femmes au cours des 6 derniers mois. <b>+ BSI</b></li> </ol>	<p><b>Stratégie d'adaptation centré sur l'émotion :</b> Il est nécessaire pour les épouses de gérer leur propre détresse émotionnelle avant celle de leur partenaire. Les femmes moins déprimées, gèrent plus facilement leur stress et leurs émotions, de ce fait, elles étaient plus aidantes auprès de leurs partenaires.</p> <p><b><u>Evaluation de l'impact : menace, perte ou défi :</u></b> La colère, la peur de perdre le partenaire, la dépression et l'anxiété ont été les thèmes majeurs ressorti de cette étude. Après le choc du diagnostic, l'attention s'est portée sur les décisions concernant les options de traitements. 29 femmes, ont décrit la nécessité de comprendre pleinement toutes les options, dans le but de soutenir pleinement leur</p>



		niveau de détresse psychologique N=39 et N=11		<p>T1 : avant ou juste après le début du traitement T2 : 6 mois plus tard</p>	<p>partenaire et d'elle-même faire face à leur propre peur. Pour pallier à ça, elles participaient aux visites médicales, lisaient des brochures et faisaient des recherches internet. De plus, certaines d'entre elles, connaissaient d'autres familles ou amis ayant vécu une situation similaire, qui ont pu leur apporter des informations, des conseils et un sentiment de familiarité. Seulement 13 femmes, disaient ne pas avoir reçu suffisamment d'informations et 5 femmes ont verbalisé leur stress concernant les tests supplémentaires.</p> <p>Dans l'ensemble, les femmes plus âgées ont estimé que soutenir leurs partenaires étaient primordial alors que les femmes plus jeunes avaient tendance à influencer la prise de décision. Dans les 2 cas, le but était de maintenir l'autodétermination et l'estime de l'homme.</p> <p><b><u>Coping ; processus et stratégies :</u></b></p> <p><u>Le bon coping :</u> Pour la plupart des 39 femmes, la stabilité émotionnelle se décrivait comme « faire face aux changements ». Les stratégies d'adaptations englobaient « Adopter une attitude positive (n=21) » et</p>
--	--	--	--	---	---

					<p>« l'acceptation de la situation (n=16) ».</p> <p><u>Rester calme :</u> Le calme et la patience, en parallèle avec une attitude positive, permettait de faire face à la situation. Le fait que le patient se porte bien, favorisait la baisse de l'anxiété.</p> <p><u>Acceptation :</u> A T2 pour 19 femmes, le fait de favoriser la discussion au sein du couple et d'utiliser des expressions telles que « continuer normalement » ou en dédramatisant la situation, à aider à accepter la maladie.</p> <p><b><u>Réévaluation et sens relationnel :</u></b> Le soutien mutuel et la communication ont été identifiés comme des stratégies primordiales. Pour certaines d'entre elles, la maladie a recréé une proximité dans leur couple.</p> <p><u>Impact sur la sexualité :</u> 17 femmes ont déclaré que leur relation sexuelle étaient déjà inexistantes avant leur diagnostic. Certaines femmes ont essayé de soutenir leurs partenaires par l'utilisation « d'aides sexuelles », sans succès. A T2, 38 femmes se sont concentrées sur l'intimité du couple,</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>en favorisant les câlins et les caresses. La communication à ce sujet est primordiale, elle rassure et permet une meilleure acceptation.</p> <p><i><u>Impact social :</u></i> Les activités sociales ont été réduite en fonction des habitudes et des attentes de chaque femme. Le 2/3 des femmes avaient déjà réduit leurs attentes, en raison de caractéristiques du vieillissement.</p> <p><b><u>La régression : catégorisation de la détresse des femmes :</u></b> Les 39 femmes du groupe non-stressé ont signalé une adaptation émotionnelle, qui confirme le modèle de Lazarus et Folkmann, qui consiste ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ A évaluer l'impact du diagnostic sur eux-mêmes et leurs partenaires</li> <li>○ A évaluer les stratégies d'adaptation mises en place</li> <li>○ La réévaluation de la situation</li> </ul> <p>Le modèle d'adaptation de Lazarus et Folkmann, a été utilisé par 39 femmes, cependant 11 femmes nous pas eu la capacité de faire face à la situation. Le diagnostic du cancer de la prostate, a entraîné de nouveaux fardeaux. 5 femmes ont ressenti une pression supplémentaire sur leur couple et pour 5 autres, décrivent une</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>crainte de perdre leur partenaire. Ceci les a amenés à prendre de la distance.</p> <p><u>Réponse somatique et émotionnelle :</u> A T2, les conjointes ont signalé un niveau de détresse similaire voir plus élevé qu'à T1, ainsi qu'une baisse de la qualité de leur relation.</p> <p><u>Isolement :</u> Plusieurs femmes ont considéré l'impact du cancer de la prostate comme négatif sur leur vie sociale, voir même un sentiment d'isolement.</p>
--	--	--	--	--	--