

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

Symptomatologie dépressive et communication conjugale
chez des femmes atteintes de cancer du sein

par
Julie Normand

Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en psychologie - recherche et intervention
option clinique comportementale

Décembre 2008

© Julie Normand, 2008



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :
Symptomatologie dépressive et communication conjugale
chez des femmes atteintes de cancer du sein

présentée par :
Julie Normand

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Jean-Pierre Blondin
président-rapporteur

Jean-Claude Lasry
directeur de recherche

Francine Cyr
membre du jury

Zeev Rosberger
examineur externe

Jean-Pierre Blondin
présentant du doyen de la FES

Résumé

Plusieurs écrits soulignent l'importance de la communication conjugale dans l'adaptation au cancer; toutefois, très peu de recherches mesurent cette variable explicitement.

La présente étude se penche sur les liens entre la symptomatologie dépressive suite à un diagnostic de cancer au sein et la communication conjugale. Elle décrit l'évolution de la symptomatologie et tente de la prédire.

120 femmes ayant reçu un premier diagnostic de cancer au sein ont été interviewées en moyenne un mois après leur diagnostic (T1); 89 d'entre elles ont accepté de participer à un suivi, 4 mois plus tard (T2). La symptomatologie dépressive a été mesurée à l'aide du CES-D. La communication dans le couple a été évaluée sous deux angles: la communication conjugale générale, à l'aide du PCI, et celle spécifiquement à propos du cancer, avec une échelle élaborée pour la présente étude.

Les résultats démontrent clairement un lien entre la fréquence de la communication conjugale et la symptomatologie dépressive rapportée dans le mois suivant la chirurgie pour le cancer du sein.

Quatre mois plus tard, la symptomatologie diminue significativement, alors que la fréquence de la communication conjugale demeure stable. Le meilleur prédicteur de la symptomatologie au suivi est la symptomatologie initiale. Toutefois, lorsque les participantes sont divisées en deux groupes, selon la fréquence de leur communication conjugale à propos du cancer, la symptomatologie initiale ne prédit la symptomatologie ultérieure que pour les patientes discutant peu de leur maladie.

Parler fréquemment du cancer agit donc comme un modérateur à l'effet du temps sur la symptomatologie. Bien que la communication conjugale à propos du cancer ne prédise pas directement la symptomatologie, elle permet d'identifier les patientes plus à risque de rester déprimées.

Mots-clés : cancer du sein, symptomatologie dépressive, communication conjugale, étude longitudinale

Abstract

Several writings underline the importance of couple communication for the adaptation to cancer; but, very few researches have measured this variable explicitly.

The present study examines links between depressive symptomatology after a breast cancer diagnosis and couple communication. It describes symptomatology evolution and tries to predict it.

120 women with a first breast cancer diagnosis have been interviewed an average of one month after their diagnosis (T1); 89 of them have agreed to participate to the follow-up, four months later (T2). Depressive symptomatology has been measured with the CES-D. Couple communication have been assessed under two angles: general couple communication, with the PCI, and communication about cancer, with a scale developed for the present study.

Results clearly show a link between couple communication frequency and depressive symptomatology in the month following breast cancer surgery.

Fours months later, depressive symptomatology decreases significantly and couple communication stays stable. The best predictor of follow-up depressive symptomatology is initial symptomatology. However, when participants are split in two groups, according to their couple communication about cancer frequency, initial depressive symptomatology predicts further symptomatology only for patients who talk less about their disease.

Talk frequently about cancer acts as a moderator on the effect of time on symptomatology. Even if couple communication about cancer doesn't directly predict symptomatology, it allows identifying women in greater risk to stay depressed.

Key words : breast cancer, depressive symptomatology, couple communication, longitudinal study

Table des matières

| | |
|--------------------------|------|
| Résumé | iii |
| Résumé en anglais | iv |
| Table des matières | v |
| Liste des tableaux | vii |
| Remerciements | viii |
| Dédicace | x |

Introduction

| | |
|-------------------------------|---|
| Préambule | 2 |
| Revue de la littérature | 3 |
| Objectifs et hypothèses | 8 |
| Méthodologie | 9 |

Chapitre 1

Communication conjugale et symptômes dépressifs
dans des couples dont la femme est atteinte de cancer du sein

| | |
|-------------------------------|----|
| Résumé | 18 |
| Abstract | 19 |
| Introduction | 20 |
| Revue de la littérature | 20 |
| Hypothèses | 23 |
| Méthodologie | 24 |
| Résultats | 27 |
| Discussion | 30 |
| Conclusion | 32 |
| Références | 33 |

Chapitre 2

Couples' communication and depressive symptomatology following breast cancer

| | |
|-------------------------|----|
| Abstract | 45 |
| Introduction | 46 |
| Literature review | 46 |
| Objective | 49 |
| Method | 49 |
| Results | 52 |
| Discussion | 54 |
| Conclusion | 58 |
| References | 59 |

Conclusion

| | |
|---|----|
| Discussion du premier article | 69 |
| Discussion du second article | 70 |
| Liens entre le modèle choisi et notre recherche | 73 |
| Limites | 74 |
| Pistes pour recherches futures | 76 |
| Contribution | 76 |
| Bibliographie | 78 |

Annexes

| | |
|---|------|
| Annexe 1 | xii |
| Questionnaire utilisé pour mesurer la symptomatologie dépressive | |
| Annexe 2 | xiv |
| Questionnaire utilisé pour mesurer la communication conjugale générale | |
| Annexe 3 | xvi |
| Questionnaire utilisé pour mesurer la communication conjugale à propos du cancer | |
| Annexe 4 | xvii |
| Version publiée de l'article <i>Communication conjugale et symptômes dépressifs dans des couples dont la femme est atteinte de cancer du sein</i> | |

Liste des tableaux

Chapitre 1

Communication conjugale et symptômes dépressifs
dans des couples dont la femme est atteinte de cancer du sein

| | |
|---|----|
| Tableau 1 | 37 |
| Données socio-démographiques des conjoints | |
| Tableau 2 | 38 |
| Moyennes aux échelles de communication conjugale et de dépression selon le sexe | |
| Tableau 3 | 39 |
| Symptômes dépressifs par niveau de communication conjugale générale selon le sexe | |
| Tableau 4 | 40 |
| Symptômes dépressifs par niveau de communication conjugale à propos du cancer selon le sexe | |

Chapitre 2

Couples' communication and depressive symptomatology following breast cancer

| | |
|--|----|
| Table 1 | 65 |
| Characteristics of remaining vs drop-out patients | |
| Table 2 | 66 |
| Evolution of psychological variables from initial interview (T1) to follow-up (T2) | |
| Table 3 | 67 |
| Variables predicting depressive symptoms at follow-up | |

Remerciements

Toute recherche exige un important travail d'équipe. Je souhaiterais exprimer ma plus sincère gratitude à chaque personne qui a collaboré de près ou de loin à la recherche dont ma thèse est tirée.

Mes premiers remerciements s'adressent à tous les couples qui ont généreusement accepté de participer à l'étude alors qu'ils traversaient un moment difficile. Je tiens à exprimer ma plus sincère reconnaissance à mon directeur de thèse pour son soutien, ses encouragements et sa persévérance. Merci, Dr Lasry, d'avoir orienté mes pas alors que j'errais. I would like to address a special thank to Dr Perry who kept faith in the research when I had almost lost it. I thank Drs Margolese, Fleiszer and all oncology staff for their collaboration, with a special thought for Harriet. Pour leur soutien dévoué, je souhaiterais remercier les membres du personnel de l'ICFP. Je remercie sincèrement chaque membre de l'équipe d'interviewers pour sa disponibilité et sa fiabilité: Mmes Denise Cadieux, Tyra Moscovitch, Valérie Lépine et Paula Farber. Pour leur soutien financier, je remercie le FCAR, l'Institut National de Cancer et l'Université de Montréal.

Mon investissement dans cette recherche aurait été impossible sans le développement en parallèle de mon travail de clinicienne. Je tiens donc à remercier les nombreuses personnes qui contribuent à rendre ma vie professionnelle agréable. Je pense à quelques professeurs, particulièrement le Dr. Stravynski, et à certains superviseurs, dont Jeanne-Mance et Daniel, dont les enseignements m'ont marquée et continuent de m'influencer. Je remercie tous mes collègues de la Clinique de psychologie Villeray / Petite-Patrie et son responsable, Guillaume, d'enrichir mes journées de travail. Je salue également chaque membre de l'équipe du Centre de psychologie des Moulins, particulièrement Johanne, pour son écoute et son travail, et Steve, pour son humour divertissant.

Au niveau plus personnel, je souhaiterais saluer quelques amis que je retrouve toujours avec beaucoup de plaisir: merci Danielle de respecter ma discrétion, merci Patricia de me faire rire, merci Hervé pour ton amitié. Salut Lucas!

Je souhaiterais profiter de l'occasion pour exprimer toute mon affection à ma famille. Je remercie mes parents pour tout l'amour qu'ils me portent. Je tiens également à exprimer mon attachement profond à ma soeur chérie et à son gentil conjoint; merci sincèrement, Caro et Patrick, d'être de si bons amis pour moi. Je fais un gros câlin à Clara et à Hugo, mes deux petits rayons de soleil et à Clément, mon Sherbrookoïsis préféré que je retrouve toujours avec grande joie. Je salue ma cousine Rose-Marie et lui souhaite tout le bonheur qu'elle mérite. Je souhaiterais offrir mes vœux de bonheur et santé à ma si bienveillante tante Françoise, mon stimulant oncle Guy et mon fascinant oncle Marcel. J'ai une douce pensée pour mes grands-parents Normand qui veillent sur moi. J'ai aussi une pensée spéciale pour trois personnes qui m'ont quittée au cours des dernières années: mon oncle Jean et son humour mordant; ma grand-maman Stella, un grand modèle de courage et de droiture; puis, mon oncle Raymond dont les derniers mois m'ont sensibilisée à la fragilité de la vie.

Enfin, je tiens à exprimer ma plus sincère reconnaissance à mon conjoint pour sa discrétion, sa patience et son support. Merci, B., de ta présence à mes côtés. Tu es formidable. Min clo wa pa pa pa.

Merci à Dieu de veiller sur ceux que j'aime.

À la mémoire de grand-maman Stella

Introduction

Préambule

Le cancer est une « prolifération importante et anarchique de cellules anormales qui ont la capacité d'envahir et de détruire les tissus sains et de se disséminer dans l'organisme » (Fondation québécoise du cancer, 2007). Le mot cancer vient du latin *carcinus* qui signifie « crabe » et duquel dérive carcinogène, un synonyme de cancérigène et d'oncogène. Le cancer se manifeste par une grande variété de signes cliniques, selon l'organe atteint. Un diagnostic précoce permet généralement d'accroître l'efficacité du traitement.

Le cancer du sein prend naissance dans le tissu mammaire. Il semble avoir des causes multifactorielles, liées au mode de vie, à l'hérédité ou aux hormones. Le pronostic vital est lié à la tumeur même (taille, invasion ou délimitation à une zone précise) et à l'atteinte des ganglions périphériques.

Une femme canadienne sur neuf risque d'être atteinte d'un cancer du sein et une sur 27 risque d'en mourir. Il s'agit du cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les Canadiennes. Cependant depuis 1993, l'incidence du cancer du sein au Canada se stabilise et le taux de mortalité est en baisse. Le cancer du sein peut affecter tant la femme que l'homme, bien que 99% des cas se manifestent chez la femme.

La présente étude porte sur la symptomatologie de femmes atteintes de cancer au sein et ses liens avec la communication conjugale. Quoique la plupart des femmes s'ajustent relativement bien à leur maladie, il importe de clarifier les variables pouvant influencer cette symptomatologie et de tenter de la prédire, afin d'identifier plus précocement les femmes à risque de développer des difficultés d'ajustement et d'augmenter leur qualité de vie.

Cette introduction présente d'abord certains modèles théoriques utilisés dans les études sur le cancer; puis, elle résume les recherches dans le domaine, plus particulièrement sur la symptomatologie suivant un diagnostic de cancer du sein, sur l'impact de la communication conjugale et sur la prédiction de cette symptomatologie. Ensuite, les objectifs et les principales hypothèses à l'étude sont présentés et finalement, la méthodologie, décrite.

Revue de la littérature

- Modèles théoriques utilisés dans des études sur le cancer

Une maladie potentiellement mortelle comme le cancer est reconnue comme un stresser majeur pour la personne qui en est atteinte. Plusieurs études portant sur le cancer considèrent d'ailleurs la maladie comme un stresser auquel la personne doit s'adapter.

De nombreux écrits en cancérologie désignent les mécanismes utilisés par la personne pour faire face à la maladie comme des stratégies de *coping* (terme que Audet-Lapointe (2004) traduit de façon appropriée par accommodation).

L'accommodation est considérée comme un processus dynamique à l'intérieur duquel les comportements et les perceptions de l'individu évoluent constamment selon son évaluation de la situation. En fait, il s'agit de tout moyen utilisé par la personne pour s'adapter au stresser et ainsi favoriser son ajustement.

Lazarus et Folkman (1984) réfèrent aussi au concept d'accommodation pour désigner tout acte visant à contrôler les conditions aversives de l'environnement, permettant ainsi de diminuer les perturbations psycho-physiologiques subies à la suite du stresser. Quelques années plus tard, Folkman et Lazarus (1991) ajoutent l'aspect émotionnel à leur modèle. Les stratégies d'accommodation, toujours choisies en fonction de l'évaluation faite de la situation, visent alors autant le changement de la situation et que la régulation des émotions.

La présente étude met l'emphase sur les conséquences du cancer, plus particulièrement les réactions de chaque membre d'un couple dont la femme est atteinte de cancer au sein. Comme le principal objet de l'étude est la symptomatologie dépressive et ses liens avec la communication conjugale, nous nous sommes inspirés de l'étude de Manne, Ostroff, Rini et al. (2004) et avons retenu le modèle du processus interpersonnel de l'intimité (*interpersonal process model of intimacy*) élaboré par Reis et Shaver (1988). L'intimité ou le sentiment de se sentir proche de l'autre résulte du fait que l'on perçoit l'autre comme ouvert et sensible à son propre dévoilement. L'intimité est le processus interactionnel à l'intérieur duquel un individu révèle des informations et des sentiments importants sur lui-même et, à partir de la réponse de l'autre, en vient à sentir qu'il est compris et validé, et que l'autre se soucie de lui. Ce

modèle de l'intimité repose sur deux aspects centraux: le dévoilement (*self-disclosure*) et la réceptivité du partenaire (*partner responsiveness*). Le contenu du dévoilement peut inclure autant des faits, des pensées et des sentiments que des comportements non-verbaux. En fait, il s'agit de toute information personnelle pertinente et révélatrice de soi.

Dans ce cadre, l'intimité est constituée de la perception et de l'évaluation par l'émetteur des réponses du récepteur. Ainsi, dans une interaction intime, l'émetteur interprète la réponse du récepteur comme sensible affectivement ou réceptive. Il doit donc percevoir que le récepteur a compris le contenu de son dévoilement, ce qui fait en sorte qu'il se sent accepté et soutenu.

Manne, Ostroff, Rini et al. (2004) ont validé le modèle de Reis et Shaver (1988) auprès de 98 femmes atteintes de cancer au sein et leur conjoint. Pour ce faire, ils ont demandé aux couples d'entreprendre deux discussions d'une durée approximative de 10 à 15 minutes: l'une à propos d'un sujet en lien avec le cancer et l'autre sur un sujet d'ordre général. Après chacune des discussions, chaque conjoint devait évaluer, sur une échelle en 7 points, son propre dévoilement (à l'aide de 3 items), le dévoilement de l'autre (3 items), la réceptivité de l'autre (3 items) et l'intimité perçue (1 item).

Comme l'étude de Manne, Ostroff, Rini et al. (2004), notre étude se penche sur des aspects des échanges entre les conjoints de couples dont la femme est atteinte de cancer au sein. Les deux études mettent en parallèle la communication conjugale générale et celle à propos de la maladie.

- Symptomatologie suivant un diagnostic de cancer du sein

L'impact d'une maladie grave comme le cancer du sein sur la vie des personnes qui en sont atteintes est reconnu depuis longtemps. Manne, Sherman et al. (2004) rapportent que la littérature estime qu'entre 7 et 46% des femmes atteintes d'un cancer au sein présentent un niveau clinique de symptômes dépressifs; tandis que, dans leur propre étude, la moitié des patientes rapportait un niveau de détresse significatif.

Malgré l'importante prévalence de la symptomatologie suite à un diagnostic de cancer, la littérature démontre une diminution de la détresse avec le temps et un meilleur ajustement des patients à leur maladie (Scott, Halford & Ward, 2004;

Stommel, Kurtz, Kurtz et al., 2004). Comme la relation maritale constitue la première source de soutien chez les femmes mariées atteintes de cancer (Manne, 1994), le conjoint joue un rôle majeur dans l'ajustement de la patiente (Peleg-Oren & Sherer, 2001). Or, comme l'aide et le soutien offerts par le conjoint passent par le canal de la communication, il s'agit donc d'une variable importante dans les études sur l'ajustement au cancer.

- Impact de la communication conjugale

Base de toute relation humaine, la communication est définie dans la présente étude comme l'ensemble des comportements verbaux et non-verbaux impliquant la transmission d'informations d'une personne à une autre (Fincham, Fernandes & Humphreys, 1993). La communication au sein du couple dont l'un des membres est atteint de cancer est un sujet de recherche relativement récent. La communication conjugale y est considérée comme le moyen par lequel les conjoints partagent des informations et des émotions, s'offrant ainsi mutuellement du soutien, ce qui permet alors un meilleur ajustement des couples et des familles (Walsh-Burke, 1992).

Plusieurs études (Lichtman, Wood & Taylor, 1987; Vess, Moreland, Schwebel & Kraut, 1988; Zahlis & Shands, 1991; Gotcher, 1992 et Skerrett, 1998, entre autres) abordent le sujet de la communication conjugale à propos du cancer, mais de façon anecdotique ou sans la mesurer directement. De nombreux auteurs déplorent le manque d'études sur le cancer qui mesurent explicitement la communication conjugale. Par exemple, Northouse et Northouse (1987) remarquent que le dévoilement personnel est lié à l'ajustement, grâce à la communication, mais qu'il y a pourtant peu de recherches dans ce domaine. Gotcher (1992) observe aussi le lien entre communication et adaptation au cancer, mais déplore qu'il soit fondé principalement sur des informations de type anecdotique. Manne (1998) souligne que la majorité des études portent presque exclusivement sur la détresse du patient et de son conjoint, au détriment de plusieurs autres variables, dont la communication conjugale. La situation perdure puisque récemment Manne et al. (2006) y réfèrent toujours en parlant d'une lacune dans la littérature.

Ainsi, la plupart des études sur l'ajustement au cancer abordent la communication conjugale de manière anecdotique, et lorsque cette variable est mentionnée, elle n'est que très rarement mesurée directement. En ce qui a trait au cancer du sein, seuls Manne et ses collègues ont récemment mesuré directement la communication conjugale de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer au sein (Manne, Sherman et al., 2004 et Manne et al., 2006).

Manne, Sherman et al. (2004) ont interviewé 148 couples dont la femme est atteinte de cancer au sein. Ils ont enregistré une discussion entre les deux conjoints sur un sujet en lien avec le cancer et aussi sur un autre sujet. Le contenu des entrevues a été codé à l'aide d'un instrument standardisé, le *Rapid Marital Interaction Coding System*. Les couples communiquent différemment à propos des thèmes reliés au cancer: les femmes se dévoilent plus, expriment davantage leur tristesse et moins d'hostilité; de leur côté, les conjoints adoptent plus de comportements positifs et moins d'hostilité. Le dévoilement lors des discussions à propos du cancer est associé à moins de détresse psychologique: la communication conjugale à propos du cancer semble donc favoriser l'adaptation au cancer du sein.

Manne et al. (2006) ont mené une autre étude, longitudinale, auprès de 147 patientes et 127 de leur conjoint pendant le traitement pour le cancer du sein de la femme et neuf mois plus tard. La communication conjugale à propos du cancer a été évaluée à l'aide de trois sous-échelles du *Communication Patterns Questionnaire*, adaptées pour le cancer. Une communication constructive est associée à moins de détresse et une communication d'évitement ou de retrait est associée à plus de détresse chez les patientes.

Le lien longtemps supposé entre l'ajustement au cancer du sein et la communication conjugale semble vérifié scientifiquement, grâce à ces deux dernières études.

- Prédiction de la symptomatologie

Des études tentent de vérifier si certaines variables peuvent permettre de prédire la symptomatologie rapportée plus tard par les patients atteints de cancer. La plupart de ces études reconnaissent la détresse psychologique suscitée par la maladie et la

diminution graduelle de cette détresse. Elles tentent d'identifier les patients plus à risque de rester en détresse afin de leur offrir les ressources appropriées. Parmi celles-ci, l'étude de de Leeuw et al. (2000) avec le cancer de la tête et du cou, celles de Kurtz, Kurtz, Stommel, Given et Given (2002) avec le cancer colorectal et avec le cancer du poumon, puis celle de Capuron, Ravaud, Miller et Dantzer (2004), avec le cancer du rein. Dans l'ensemble, les résultats de ces études suggèrent une influence de la symptomatologie initiale sur la symptomatologie rapportée à plus long terme.

Quelques études ont tenté de prédire la symptomatologie de femmes atteintes de cancer au sein. Hack et Degner (2004) ont interrogé des patientes à l'intérieur des six mois suivant leur diagnostic et trois ans plus tard. Les femmes présentant des symptômes dépressifs et de l'évitement cognitif face à leur diagnostic sont celles qui rapportent des difficultés d'ajustement au suivi. Stanton et al. (2000) ont évalué des femmes dans les vingt semaines suivant leurs traitements médicaux pour leur cancer au sein. L'expression des émotions permet de prédire le mieux la détresse rapportée trois mois plus tard.

Northouse, Templin et Mood (2001) ont élaboré un modèle pour prédire l'ajustement psychologique à l'aide de données recueillies une semaine après le diagnostic de cancer du sein et un an plus tard. La détresse initiale et le désespoir mesurés au suivi permettent de prédire la détresse ultérieure. Comme les variables mesurées au suivi faisaient partie des prédicteurs possibles, il s'agit plutôt d'une explication que d'une prédiction.

Le niveau initial de détresse et l'âge permettent de prédire le niveau de détresse des patientes trois mois et un an plus tard (Stanton, Danoff-Burg et Huggins, 2002). L'apport distinct du seul facteur « âge » n'est toutefois pas précisé.

L'étude longitudinale menée par Manne et al. (2006), citée précédemment, a tenté de prédire la détresse psychologique et l'ajustement marital de patientes, neuf mois après leur traitement médical. Selon les analyses effectuées, le meilleur prédicteur de la détresse des patientes au moment du suivi est leur niveau de détresse initial; la communication mesurée au moment du suivi est également liée à la détresse. Le lien entre la communication initiale et la détresse ultérieure n'a toutefois pas été analysé.

En résumé, le niveau de détresse au moment du diagnostic de cancer semble avoir un impact sur le niveau de détresse subséquent. Pourtant, plusieurs études ne le considèrent pas comme un prédicteur possible ou le combinent avec d'autres variables. De plus, aucune des études relevées n'a inclus la communication conjugale comme prédicteur possible de la symptomatologie.

Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de la présente recherche est d'étudier la symptomatologie dépressive de patientes suite à un diagnostic de cancer du sein et ses liens avec la communication conjugale. Rarement évaluée, la communication dans le couple est mesurée dans la présente recherche en termes de communication générale et de communication spécifique au cancer et ce, à deux reprises: dans le mois suivant le diagnostic de cancer du sein et quatre mois plus tard.

Spécifiquement, l'étude vise d'abord à décrire la symptomatologie rapportée dans le mois suivant le diagnostic et à décrire ses liens avec la communication conjugale (chapitre 1). La première hypothèse s'appuie sur les conclusions de Northouse et Swain (1987) et Giese-Davis et al. (2000); elle stipule que les deux membres d'un couple, dont la femme vient de recevoir un diagnostic de cancer du sein, rapporteront autant de symptômes dépressifs l'un que l'autre. La seconde hypothèse suppose que les femmes communiquant moins présenteront davantage de symptômes dépressifs que les autres.

De son côté, le chapitre 2 présente les données recueillies quatre mois après la première entrevue. Il décrit la symptomatologie dépressive rapportée par les femmes à ce moment, analyse son évolution dans le temps et tente de la prédire à partir de variables mesurées dans le mois suivant le diagnostic. Deux hypothèses principales sont testées: les symptômes dépressifs diminueront dans le temps et les symptômes rapportés dans le mois suivant le diagnostic prédiront les symptômes rapportés au suivi. L'influence de la communication conjugale initiale sur la symptomatologie subséquente est également explorée.

Méthodologie

Cette étude porte sur une partie de l'échantillon d'une recherche sur le cancer du sein menée par Dr Jean-Claude Lasry et subventionnée par l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein. La recherche porte sur des couples dont la femme a subi une biopsie au sein et a reçu un diagnostic de cancer. Les couples ont été interviewés dans le mois suivant le diagnostic et quatre mois plus tard.

L'échantillon comprend 120 patientes ayant reçu un premier diagnostic de cancer au sein de stade I ou II et 109 de leur conjoint. La majorité des patientes éligibles (88%) ont été recrutées par le biais du registre des tumeurs de l'Hôpital Général Juif de Montréal. Les autres participantes (12%) ont été référées par trois cliniques d'oncologie de Montréal.

Pour répondre aux critères d'inclusion, la patiente devait être mariée ou vivre en couple avec un conjoint depuis plus d'un an, ne jamais avoir eu de cancer précédemment, être âgée de moins de 70 ans et habiter la région du Montréal métropolitain. Après avoir reçu une lettre présentant l'étude, les patientes éligibles ont été contactées par téléphone pour vérifier si elles répondaient aux critères et pour les inviter, avec leur conjoint, à participer à l'étude. Les deux conjoints consentants étaient interviewés à leur convenance, à leur domicile ou à la clinique d'oncologie, au moment qui leur était propice, après avoir chacun signé un formulaire de consentement. Si les deux conjoints étaient interviewés en même temps, ils l'étaient par des interviewers différents, dans des endroits différents.

La majeure partie de la période de recrutement s'est échelonnée de mai 1998 à juin 2000. Parmi les patientes de l'Hôpital Général Juif dont le résultat de biopsie en était un de cancer du sein, 58% se sont avérées non-éligibles (31% en raison de leur statut marital, 25% en raison de leur âge et 2% parce qu'elles habitaient à l'extérieur de la grande région de Montréal). Parmi les 285 patientes éligibles, 42% (N = 120) ont accepté de participer, 23% n'ont pas pu participer en raison du fait qu'elles ne parlaient ni français, ni anglais, et 35% ont refusé (soit par manque de temps ou d'envie de parler de leur maladie).

La première entrevue s'est déroulée en moyenne 33 jours après le diagnostic de la patiente et la seconde entrevue, quatre mois après la première. Un total de 89 patientes (74%) sur les 121 interviewées initialement ont accepté de participer au suivi.

A chaque prise de mesure, les sujets répondaient à un questionnaire recueillant certaines données socio-démographiques et comprenant des instruments évaluant diverses variables psychologiques. La symptomatologie dépressive de la femme suite à un diagnostic de cancer au sein et la communication conjugale sont les principales variables à l'étude.

La symptomatologie dépressive constitue un indicateur de l'état d'ajustement au cancer du sein (Bukberg, Penman & Holland, 1984; Carroll, Kathol, Noyes, Wald & Clamon, 1993; Breitbart, Rosenfeld & Pessin, 2000). Par ailleurs, la méta-analyse publiée par van't Spijker, Trijsburg et Duivenvoorden (1997) conclut que la différence entre des patients atteints de cancer et une population générale se situe au niveau des symptômes dépressifs plutôt qu'aux niveaux de l'anxiété ou de la détresse psychologique générale.

La symptomatologie dépressive a été mesurée à l'aide du *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), joint en annexe. Radloff (1977) a développé cet instrument de 20 questions et en a souligné la consistance interne élevée, la stabilité test-retest acceptable, l'excellente validité concurrente autant avec des critères cliniques qu'avec d'autres instruments auto-rapportés et les évidences de validité de construit. Plusieurs autres études confirment également les propriétés psychométriques de cet instrument (Weissman, Sholomskas, Pottenger, Prusoff & Locke, 1977; Myers & Weissman, 1980; Radloff & Locke, 1986; Husaini et al., 1990), qui a souvent été utilisé pour mesurer la détresse psychologique de patientes atteintes de cancer au sein (Giese-Davis & Spiegel, 2001; Brown, Levy, Rosberger & Edgar, 2003; Petronis, Carver, Antoni & Weiss, 2003; Culver, Arena, Wimberly, Antoni & Carver, 2004). La consistance interne de l'échelle dans la présente étude ($\alpha = 0,91$) est très élevée et semblable à celle obtenue par Radloff elle-même (0,85) ou par Giese-Davis et Spiegel, en 2001 (0,90).

La fréquence de la communication dans le couple a été mesurée sous deux angles: la communication générale et celle spécifiquement à propos du cancer. Pour

Navran (1967) et Gotcher (1992), la fréquence des interactions verbales est la meilleure façon d'opérationnaliser la communication humaine. La communication générale dans le couple a été mesurée à l'aide du *Primary Communication Inventory* (PCI), un instrument de 25 items développé par Navran (1967) pour évaluer "la communication dans le mariage". Son étude de validation démontre que les couples satisfaits de leur mariage rapportent une meilleure communication que les autres. Par ailleurs, les couples en détresse rapportent des résultats plus faibles que des groupes contrôles (Beach & Arias, 1983) alors que les résultats de conjoints en thérapie de couple ont augmenté suite à la thérapie et à un suivi de quatre mois (O'Leary & Turkewitz, 1978). Autant utilisé en recherche qu'en clinique (Kerns & Rosenberg, 1995; Davis, Tucker & Fennell, 1996), une traduction française du PCI a été élaborée par Provost (1980) et reprise par Aubé (1981)(annexe 2). Le coefficient de consistance interne dans notre étude est très élevé ($\alpha = 0,89$), semblable à celui d'un récent sondage national: $\alpha = 0,91$ (Haj-Yahia, 2002).

Afin d'évaluer la fréquence de la communication conjugale à propos du cancer, nous avons élaboré six questions traitant de thèmes comme les visites chez le médecin, les préoccupations face au cancer du sein et les sentiments suscités par la maladie (annexe 3). Le coefficient de consistance interne de cette échelle de six items est modéré ($\alpha = 0,64$).

La satisfaction à l'égard de la communication conjugale a aussi été mesurée, avec une échelle comptant trois questions: "*En général, la communication avec votre conjoint est d'après vous: excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise?* ", "*Êtes-vous satisfaite de la qualité générale de votre communication avec lui?*" et "*Sur une échelle de 0 à 10, où 10=excellent, comment évaluez-vous la qualité générale de la communication avec lui?*". En ramenant ces trois réponses à une échelle de cinq points, le coefficient de consistance interne de cette échelle de satisfaction envers la communication conjugale est très élevé ($\alpha = 0,94$).

Les principales autres variables mesurées sont l'impact direct du cancer, la qualité de vie, l'ajustement marital, le fonctionnement sexuel, l'estime de soi et enfin, la désirabilité sociale.

Le questionnaire *Impact of Event Scale* (IES), un instrument de 15 questions développé par Horowitz, Wilner et Alvarez (1979), a été utilisé pour mesurer l'impact du cancer, sous deux angles spécifiques: l'intrusion et l'évitement. La différence significative entre les résultats de sujets recevant un traitement psychologique pour un deuil et ceux de trois autres échantillons démontre la validité de cet instrument; alors que l'évolution des résultats tout au long du traitement témoigne de sa sensibilité au changement. Cet instrument est fréquemment utilisé pour évaluer la détresse spécifique au cancer (Manne, Sherman et al, 2004). Sa validité interne et sa fidélité ont été démontrées avec des femmes à risque de développer un cancer du sein héréditaire (Thewes, Meiser & Hickie, 2001). La consistance interne de l'échelle totale dans la présente étude ($\alpha = 0,89$) est très élevée.

Une échelle de trois items a été développée pour mesurer la qualité de vie des participants. Ses questions évaluent leur qualité de vie sur une échelle de 0 à 10, la comparent à celle des gens de leur âge et estiment leur niveau de satisfaction à l'égard de leur qualité de vie actuelle. La consistance interne de cette échelle est bonne ($\alpha = 0,79$).

L'ajustement marital a été évalué à l'aide du *Marital Adjustment Test* (MAT), une échelle de 15 items créée par Locke et Wallace (1959) et qui discrimine bien les conjoints bien adaptés dans leur couple de ceux ne l'étant pas. Freeston et Plechaty (1997) concluent que l'usage de cet instrument est toujours approprié en raison de ses qualités psychométriques: fidélité et validité de critères. Leur analyse conclut en la présence d'un seul facteur et ce, autant pour les hommes que pour les femmes. Le MAT est d'ailleurs une mesure centrale de l'étude sur la mésentente conjugale menée par Beach, Amir, Fincham et Leonard, en 2005. Sa consistance interne dans notre échantillon est élevée ($\alpha = 0,89$).

Le fonctionnement sexuel a été mesuré par une version abrégée comptant 10 items du *Sexual Functioning Scale for Breast Cancer Patients* développé par Lasry (1991) à partir de questions tirées d'études sur le cancer et d'items d'échelles générales sur la sexualité. Cette échelle vise à estimer spécifiquement la satisfaction de femmes atteintes de cancer au sein face à leur sexualité. Elle distingue bien des patientes ayant eu une chirurgie au sein de celles ayant eu une biopsie bénigne (Lasry, 1991). La

consistance interne est acceptable ($\alpha = 0,80$), semblable à celle de la version originale de 15 items (0,84).

Le *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965) a été utilisé pour évaluer l'estime personnelle des participants. Gray-Little, Williams et Haucock (1997) avancent que l'usage répandu et la popularité continue de cet instrument sont mérités puisqu'ils le décrivent comme une mesure d'estime personnelle globale présentant une fiabilité et une consistance interne très élevées. Il est souvent utilisé dans des études sur le cancer (Helgeson, 2003; Helgeson, Snyder & Seltman, 2004). Cette échelle de 10 items présente une consistance interne élevée dans notre échantillon ($\alpha = 0,87$).

Enfin, la désirabilité sociale a été évaluée pour évaluer la tendance à répondre de façon socialement désirable. Une version abrégée du *Marlowe-Crowne Social Desirability Inventory* (Crowne & Marlowe, 1960), développée et validée par Reynolds (1982) et comptant 13 items a été utilisée. Une étude de validation comprenant le calcul des alpha de Cronbach et une corrélation test-retest recommande l'usage de la version abrégée (Zook & Sipps, 1985). Sa consistance interne est acceptable ($\alpha = 0,70$).

Le prochain chapitre présente l'article intitulé « Communication conjugale et symptômes dépressifs dans des couples dont la femme est atteinte de cancer du sein ». Pour une présentation simplifiée, veuillez vous référer à la version publiée, mise en annexe (annexe 4). Par la suite, le chapitre suivant rapporte les données recueillies au suivi, dans l'article « Couples' communication and depressive symptomatology following breast cancer », soumis pour publication à la revue *Canadian Journal of Psychiatry*.

Chapitre 1

Communication conjugale et symptômes dépressifs dans des couples dont la femme est atteinte de cancer du sein

**Communication conjugale et symptômes dépressifs
dans des couples dont la femme est atteinte de cancer du sein**

Marital communication and depressive symptoms
in breast cancer couples

Julie Normand, M.Ps., Hôpital Général Juif, département de psychiatrie
et Université de Montréal, département de psychologie.

Jean-Claude Lasry, Ph.D., Hôpital Général Juif, département de psychiatrie
et Université de Montréal, département de psychologie.

Richard G. Margolese, M.D., Hôpital Général Juif, département d'oncologie
et Université McGill, département de chirurgie.

J. Christopher Perry, M.D., Hôpital Général Juif, département de psychiatrie
et Université McGill, département de psychiatrie.

David Fleiszer, M.D., Hôpital Royal Victoria, département d'oncologie
et Université McGill, département de chirurgie.

Adresser toute correspondance à :

Jean-Claude Lasry, Ph.D., Hôpital Général Juif, département de psychiatrie,
4333 Côte Ste. Catherine, Montréal, Québec, Canada H3T 1E2

Téléphone: (514) 340-8210 Télécopie: (514) 340-7507

Courriel : 

Remerciements

Les auteurs tiennent à exprimer leur reconnaissance à l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein, qui a rendu possible la réalisation de cette recherche grâce à son soutien financier. Ils remercient aussi les patientes et leur conjoint qui ont accepté de participer à l'étude, ainsi que le personnel des cliniques du sein de l'Hôpital Général Juif et de l'Hôpital Royal Victoria pour leur collaboration dévouée.

Résumé

Si la communication entre médecin et patient a fait l'objet de nombreux écrits en cancérologie, la communication au sein du couple dont l'un des membres est atteint de cancer est un sujet de recherche très récent et peu exploré. Certaines recherches abordent ce sujet sans toutefois mesurer la communication. La présente étude vise à analyser la fréquence de la communication conjugale et ses liens avec la symptomatologie dépressive. La communication dans le couple a été évaluée sous l'angle de la fréquence de la communication générale, de la communication à propos du cancer et aussi de la satisfaction face à la communication. L'échantillon comprend 120 patientes interviewées environ un mois après leur diagnostic de cancer au sein et 109 de leurs conjoints. Les résultats montrent que moins la communication conjugale est fréquente, plus la symptomatologie dépressive est élevée. Les patientes et conjoints qui ont un niveau passable de communication, surtout à propos du cancer, présentent un risque sérieux de dépression. Une communication conjugale fréquente à propos du cancer semble donc associée à un effet bénéfique, c'est-à-dire à un niveau de symptomatologie dépressive observé dans la population générale. L'étude ne permet cependant pas d'établir la direction de causalité entre fréquence de communication conjugale et symptomatologie dépressive.

Mots-clés : cancer du sein, dépression, communication, couple

Abstract

If doctor-patient communication is a frequent subject of research, couples communication where one partner has cancer is quite recent. Some studies deal with couples communication, but from an anecdotic perspective, without any operational measure. The aim of this paper is to study couples' communication frequency and link it to depressive symptomatology. Marital communication was assessed with three scales: frequency of general communication, frequency of communication about cancer and satisfaction with communication. About one month following surgery, 120 breast cancer patients were interviewed; only 11 partners (9%) refused to be interviewed. Results show less communication is associated with higher depressive level. Patients and partners with a passable level of communication, particularly about cancer, are clinically at risk for depression. Communicating frequently about cancer in the couple seems thus associated with a positive effect, i.e. a depressive level found in the general population. Direction of causality between frequency of marital communication and depressive symptomatology cannot be established from this study.

Key words: breast cancer, depression, communication, couple

Introduction

Le cancer du sein est le type de cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes. Ainsi, au Canada, une femme sur 10 risque d'être atteinte de ce type de cancer au cours de sa vie, et une sur 25, d'en mourir (Institut National du Cancer du Canada, 2002). En outre, le cancer est considéré depuis un certain temps comme "une affaire de famille" (Keitel, Cramer & Zevon, 1990; Baider, Cooper & Kaplan De-Nour, 1996). Un diagnostic de cancer est en effet susceptible de perturber l'entourage de la personne qui en est atteinte: conjoints et enfants risquent donc d'être affectés par les conséquences de cette maladie. Comme la relation maritale constitue la première source de soutien chez les personnes mariées atteintes de cancer (Manne, 1994), le conjoint joue un rôle majeur dans l'ajustement de la patiente à la maladie (Peleg-Oren & Sherer, 2001).

Revue de la littérature

Plusieurs revues de littérature portent sur la détresse psychologique des partenaires de patients atteints de cancer. Keitel, Cramer et Zevon (1990) ont, par exemple, recensé les articles portant sur les conjoints de personnes souffrant de cancer, publiés entre 1970 et 1988, et concluent que la relation maritale, les réactions émotives et la gestion de la maison sont affectées. Ces auteurs considèrent que le diagnostic constitue à la fois une crise spécifique et un état d'incertitude à long terme pour les conjoints. Dans sa revue sur l'impact psychologique du cancer sur l'entourage, Mormont (1992) note que le partenaire d'un patient cancéreux réagit souvent de façon parallèle à celle du malade. Quant à Manne (1998), sa revue de la littérature l'amène aussi à conclure que le niveau de détresse psychologique est semblable chez les deux conjoints d'un même couple.

Les articles qui suivent comparent les niveaux de symptomatologie des deux conjoints de couples dont la femme est atteinte de cancer du sein. L'étude de Northouse et Swain (1987) est probablement l'une des premières recherches quantitatives portant sur la détresse psychologique de femmes atteintes du cancer du sein et de leur conjoint. La symptomatologie de 50 couples dont la femme a subi une mastectomie a été évaluée quelques jours après la chirurgie et un mois plus tard, sous

deux angles: détresse psychologique et affect. Les deux conjoints présentent des niveaux de détresse et d'affect similaires, supérieurs à ceux observés dans la population générale. De leur côté, Giese-Davis, Hermanson, Koopman, Weibel et Spiegel (2000) ont évalué si l'ajustement de la patiente au cancer du sein est affecté par le fait de vivre en couple et par la qualité du soutien offert par le conjoint. La détresse psychologique des patientes est prédite par celle du conjoint et par la qualité de leur relation conjugale.

Contrairement aux études précédentes, Hoskins (1995) démontre que, une semaine après la chirurgie, les difficultés d'adaptation au cancer du sein rapportées par les femmes sont supérieures à celles rapportées par les hommes. Comparant la symptomatologie de 58 couples dont la femme a un cancer du sein à celle de 73 couples non touchés par le cancer, Northouse, Templin, Mood et Oberst (1998) montrent aussi que la détresse psychologique et les problèmes de fonctionnement psychosocial sont plus importants dans les couples dont la femme est atteinte de cancer. De plus, les patientes présentent plus de détresse émotionnelle et de problèmes de fonctionnement psychosocial que leur conjoint.

Deux types de résultats apparaissent donc. D'une part, les patientes atteintes de cancer et leur conjoint rapportent un niveau de détresse psychologique similaire et, d'autre part, la symptomatologie des patientes est supérieure à celle des conjoints. Selon notre recension des écrits, un plus grand nombre d'études concluent en un niveau de détresse équivalent entre les conjoints. Deux revues de littérature (Mormont, 1992; Manne, 1998) corroborent cette observation.

COMMUNICATION CONJUGALE ET CANCER

Base de toute relation humaine, la communication est définie dans le présent article comme l'ensemble des comportements verbaux et non-verbaux impliquant la transmission d'informations d'une personne à une autre (Fincham, Fernandes & Humphreys, 1993). Si la communication entre médecin et patient a fait l'objet de nombreux écrits en oncologie (Brugère & Louvard, 1986; Libert et al., 2001; Saltel, Gauvain-Piquard & Landry-Dattee, 2001), la communication au sein du couple dont l'un des membres est atteint de cancer est un sujet de recherche très récent. La

communication conjugale est alors considérée comme un moyen par lequel les conjoints partagent des informations et des émotions, s'offrant ainsi mutuellement du soutien, ce qui permet alors un meilleur ajustement des couples et des familles (Walsh-Burke, 1992).

La communication conjugale s'avère donc une variable importante dans les études sur l'adaptation au cancer puisqu'elle est le canal par lequel le soutien et l'aide transitent, mais peu d'études la mesurent explicitement. Manne (1998) déplore d'ailleurs le fait que la plupart des études portant sur les conséquences psychosociales mesurent presque exclusivement le niveau de détresse du patient et du conjoint, au détriment de plusieurs autres variables, dont notamment la communication conjugale. Northouse et Northouse (1987) remarquent que le dévoilement personnel est lié à l'ajustement, grâce à la communication, mais qu'il y a pourtant peu de recherches dans ce domaine. Gotcher (1992) souligne également le lien entre communication et adaptation au cancer, mais déplore qu'il soit fondé presque exclusivement sur des données de type anecdotique.

Les études citées dans les lignes qui suivent abordent le sujet de la communication conjugale à propos du cancer, sans toutefois la mesurer directement. A partir d'entrevues semi-structurées, Vess, Moreland, Schwebel et Kraut (1988) notent que patients et conjoints évitent souvent de parler de la maladie ou que, s'ils en parlent, c'est plutôt quand les nouvelles sont bonnes; leur communication est beaucoup moins fréquente pour aborder les mauvaises nouvelles. Dans l'étude de Lichtman, Wood et Taylor (1987), les patientes et les conjoints qui expriment davantage leurs inquiétudes face à la maladie et qui sont sensibles aux préoccupations de l'autre présentent un meilleur ajustement psychologique. Ayant questionné des hommes sur les changements survenus dans leur vie depuis le diagnostic de cancer du sein de leur femme, Zahlis et Shands (1991) trouvent que leur communication maritale est problématique et que certains conjoints affirment même éviter de parler de la maladie. Selon Skerrett (1998), les couples s'adaptant moins bien à la maladie sont conscients que leur communication est déficiente. Par ailleurs, pour Gotcher (1992), l'ajustement à la maladie est lié à la fréquence de la communication familiale chez des patients en traitement de radiothérapie. Finalement, dans une revue d'études portant sur les

partenaires de patient(e)s atteint(e)s de cancer, Carlson, Bultz, Speca et St.Pierre (2000) soulignent que les conjoints communiquant moins fréquemment ne présentent jamais une meilleure adaptation psychologique.

En ayant élaboré une brève échelle pour mesurer la fréquence de communication à propos de la maladie (5 items), Walker (1997), est l'un des rares chercheurs à avoir mesuré directement la communication conjugale. Ses résultats montrent que la fréquence de communication est corrélée négativement à la détresse émotionnelle rapportée par les patientes.

En résumé, la plupart des études sur l'ajustement psychologique au cancer abordent la communication conjugale de manière tangentielle et, lorsque cette variable est mentionnée, elle n'est que très rarement mesurée. L'objectif de la présente recherche est alors de mesurer la fréquence de communication dans le couple dont la femme vient de recevoir un premier diagnostic de cancer au sein. On examinera la relation de deux sortes de communication conjugale (la communication en général et celle à propos du cancer) avec la détresse psychologique de chaque conjoint, précisément les symptômes dépressifs, au cours du mois suivant le diagnostic de la patiente.

Hypothèses

La première hypothèse s'appuie sur les conclusions de Northouse et Swain (1987), Mormont (1992), Manne (1998) et Giese-Davis et al. (2000): les deux membres d'un couple, dont la femme vient de recevoir un diagnostic de cancer du sein, rapporteront autant de symptômes dépressifs l'un que l'autre. Comme l'objectif spécifique poursuivi par cette recherche est d'examiner l'influence de la fréquence de la communication conjugale sur la détresse psychologique des patientes et de leur conjoint, la seconde hypothèse suppose que les femmes et les hommes qui communiquent moins présenteront davantage de symptômes dépressifs.

Méthodologie

- Participants

L'échantillon comprend 120 patientes ayant reçu un premier diagnostic de cancer au sein (stade I ou II) dans le mois qui a précédé l'entrevue, et 109 de leurs conjoints. Les données de onze conjoints n'étaient pas assez complètes pour être incluses dans les analyses statistiques. Comme notre étude ne fait aucune analyse de couples, nous avons retenu les données des femmes. La très grande majorité des patientes éligibles (88%) ont été recrutées de façon consécutive, selon le registre des tumeurs d'un hôpital général de Montréal, de mai 1998 à juin 2000. Les autres participantes (12%) ont été référées par trois cliniques d'oncologie de Montréal.

Pour répondre aux critères d'inclusion, la patiente devait être mariée ou vivre en couple avec un conjoint depuis plus d'un an, ne jamais avoir eu de cancer précédemment, être âgée de moins de 70 ans et habiter la région de Montréal métropolitain. Après avoir reçu une lettre présentant l'étude, les patientes éligibles ont été contactées par téléphone pour vérifier si elles répondaient aux critères et pour les inviter, elles et leur conjoint, à participer à l'étude. Les couples consentants étaient interviewés à leur convenance, à leur domicile ou à la clinique, au moment qui leur était propice, après avoir chacun signé un formulaire de consentement. Si les deux conjoints étaient interviewés en même temps, ils l'étaient par des interviewers différents. Les participants ont été interviewés en moyenne 33 jours après le diagnostic de la patiente.

Pendant la période de recrutement, 58% des patientes se sont avérées non-éligibles (31% en raison de leur statut marital, 25% en raison de leur âge et 2% du fait qu'elles habitaient à l'extérieur de la grande région de Montréal). Parmi les 285 patientes éligibles, 23% n'ont pas pu participer en raison du fait qu'elles ne parlaient pas français ou anglais, 35% ont refusé (soit par manque de temps ou d'envie de parler de la maladie) et 42% (n = 120) ont accepté de participer à l'étude.

- Instruments

Les données socio-démographiques suivantes ont été recueillies: âge des répondants, scolarité, occupation, pays d'origine, durée du séjour au Canada, durée de

l'union, nombre et âge des enfants. Trois échelles différentes ont permis d'évaluer autant de dimensions de la communication. Comme Navran (1967) et Gotcher (1992) le soulignent, la fréquence des interactions verbales est, d'une part, une mesure opérationnelle et, d'autre part, la dimension la plus utilisée pour évaluer la qualité de la communication conjugale. Nous avons donc eu recours à deux échelles évaluant la fréquence de la communication dans le couple, soit la communication en général, soit celle à propos du cancer. La troisième échelle mesure la satisfaction des deux partenaires envers leur communication conjugale.

Comme le *Marital Communication Inventory* de Bienvenu (1987) reflète plus la considération envers le conjoint que la communication elle-même (Schumm et al., 1981; Schumm, Anderson & Griffin, 1983), la communication générale dans le couple a été mesurée à l'aide du *Primary Communication Inventory* (PCI). Selon Navran (1967), cette échelle de 25 items évalue "la communication dans le mariage", à partir de la fréquence des comportements de communication (verbale et non-verbale) et de la discussion ou de l'évitement de sujets quotidiens de la vie conjugale. Baucom et Adams (1987) décrivent cette échelle comme une mesure permettant d'obtenir un "score de communication globale pour chaque conjoint", tandis que O'Leary et Turkewitz (1978) ont démontré sa validité avec des couples en thérapie familiale.

Le PCI comprend des questions comme "Parlez-vous avec votre conjoint des choses agréables qui se sont passées dans la journée?", "Discutez-vous ensemble avant de prendre une décision importante?" ou "Parlez-vous avec votre conjoint de problèmes personnels?". La formulation de chaque question est adaptée au répondant (patient ou conjoint) et les réponses sont cotées selon une échelle en cinq points: jamais (1), rarement (2), à l'occasion/parfois (3), souvent (4) et très souvent (5). La traduction française a été élaborée par Provost (1980) et reprise par Aubé (1981). Dans notre étude, le coefficient de consistance interne est très élevé ($\alpha = 0,90$).

Afin d'évaluer la fréquence de la communication à propos du cancer lui-même, nous avons élaboré six questions traitant de la communication à propos du cancer: fréquence des échanges verbaux au sujet des visites chez le médecin, des préoccupations, des sentiments suscités par le cancer du sein et de la liberté de pouvoir en parler. Les sujets répondent sur la même échelle de réponse en cinq points que le

PCI, à des questions comme “Avez-vous parlé avec votre conjoint de vos récentes visites chez le docteur?” ou “Si votre conjoint voulait discuter de ce sujet avec vous, vous est-il arrivé de changer de sujet et de parler d’autre chose?”. Le coefficient de consistance interne de cette échelle de six items est modéré ($\alpha = 0,62$).

La satisfaction à l’égard de la communication maritale est mesurée avec une échelle élaborée aussi pour les besoins de la recherche et comprenant trois questions: “En général, la communication avec votre conjoint est d’après vous: excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise?”, “Etes-vous satisfaite de la qualité générale de votre communication avec lui?” et “Sur une échelle de 0 à 10, où 10=excellent, comment évaluez-vous la qualité générale de la communication avec lui?”. En ramenant ces trois réponses à une échelle de cinq points, le coefficient alpha ($\alpha = 0,94$) révèle une très forte consistance interne de cette échelle de satisfaction à l’égard de la communication maritale.

Diverses recherches soulignent que la symptomatologie dépressive est un indicateur de l’état d’ajustement au cancer du sein (Bukberg, Penman & Holland, 1984; Carroll, Kathol, Noyes, Wald & Clamon, 1993; Breitbart, Rosenfeld & Pessin, 2000). Ainsi, Bukberg, Penman et Holland (1984) ont établi que 42% de patients hospitalisés atteints de cancer, présentaient un diagnostic de dépression majeure (selon les critères du DSM-III), tandis que Breitbart, Rosenfeld et Pessin (2000) ramènent ce pourcentage à 17 chez un même type de patients, à partir des critères du DSM-IV. D’autre part, Carroll, Kathol, Noyes, Wald et Clamon (1993) ont souligné que la prévalence de la dépression pouvait varier entre 5 et 58% chez des patients atteints de cancer.

Afin donc d’évaluer le niveau de symptomatologie dépressive, le *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) a été utilisé (Radloff, 1977). Plusieurs études ont confirmé les propriétés psychométriques de cet instrument, un outil précieux pour identifier les groupes de sujets à risque de dépression (Santor, Zuroff, Ramsey, Cervantes & Palacios, 2000) et pour étudier les relations entre les symptômes dépressifs et diverses variables (Weissman, Sholomskas, Pottenger, Prusoff & Locke, 1977; Turner & Noh, 1988). Hagedoorn, Buunk, Kuijter, Wobbes et Sanderman (2000) ont récemment utilisé cette échelle pour mesurer la détresse psychologique de patients atteints de cancer et celle de leur conjoint. Les réponses aux

20 questions du CES-D sont notées sur une échelle en 4 points: jamais (0), parfois (1), modérément (2) et presque tout le temps (3). La consistance interne de l'échelle dans la présente étude ($\alpha = 0,90$) est très élevée et semblable à celle obtenue dans l'étude précédente de Lasry et Margolese (1992) avec des patientes ayant aussi un cancer du sein.

Résultats

Comme le présente le *tableau 1*, l'âge moyen des femmes interviewées (53 ans) est de deux ans inférieur à celui des hommes ($p < 0,05$). Leur union dure depuis 26 ans en moyenne. Les femmes ont en moyenne deux enfants dont l'aîné(e) a en moyenne 26 ans. Bien que plus de femmes demeurent au foyer (28% *versus* 0%) et plus d'hommes occupent un emploi à l'extérieur de la maison (75% *versus* 48%), un nombre semblable de femmes et d'hommes sont au chômage ou à la retraite (24% *versus* 25%). En outre, chez les personnes qui travaillent, il n'y a pas de différence entre le prestige occupationnel des femmes et celui des hommes. Il n'y a pas non plus de différence au plan de la scolarité des conjoints, dont la moyenne est d'environ 14 ans. Pour l'ensemble des participants, 22% ont un niveau d'études secondaires, 22% ont terminé leur scolarité au niveau collégial (pré-universitaire) et 55% ont fait des études universitaires. Les participants nés à l'extérieur du Canada (50%) habitent le pays depuis plus d'une génération, soit 28 ans en moyenne.

Insérer à peu près ici le *tableau 1*

Les résultats aux échelles de communication et de symptomatologie sont présentés au *tableau 2*. Les moyennes des patientes et de leur conjoint aux deux échelles de fréquence de communication et à celle de satisfaction à l'égard de la communication sont similaires. Dans l'étude de Navran (1967), la différence entre les résultats au PCI des femmes et des hommes était également négligeable. Cependant, les patientes et leur conjoint rapportent une fréquence de communication conjugalé à propos du cancer beaucoup plus élevée que celle de communication générale ($t = 19,3$; $p < 0,001$).

Pour ce qui est de la symptomatologie dépressive, les femmes rapportent plus de symptômes dépressifs que les hommes ($p < 0,001$). Selon le point de césure (≥ 16) identifié par Radloff et Locke (1986) pour distinguer les personnes « à risque de dépression », 21% de la population générale serait à risque. D'après cette même césure, 34% de tous les participants de notre étude sont considérés à risque de dépression, soit presque la moitié des patientes (47%) et 20% des conjoints. Les conjoints présentent donc un risque de dépression semblable à celui de la population générale, mais le risque pour les patientes est deux fois plus élevé.

| |
|--|
| Insérer à peu près ici le <i>tableau 2</i> |
|--|

Pour l'ensemble des participants, les résultats obtenus aux trois échelles de communication conjugale sont corrélés entre eux de façon significative ($p < 0,001$): la communication conjugale générale est corrélée avec la communication conjugale à propos du cancer ($r = 0,55$) et avec la satisfaction face à la communication conjugale ($r = 0,67$). Ces deux derniers indices sont également corrélés entre eux ($r = 0,54$). Par ailleurs, chez les femmes, les symptômes dépressifs sont corrélés négativement à la communication générale dans le couple ($r = -0,27$; $p < 0,01$) et à la communication à propos du cancer ($r = -0,19$; $p < 0,05$). Les symptômes dépressifs rapportés par les hommes sont aussi corrélés négativement à la communication à propos du cancer ($r = -0,40$; $p < 0,001$), de même qu'avec la satisfaction face à leur communication conjugale ($r = -0,27$; $p < 0,01$).

Trois niveaux de communication ont été établis à partir des moyennes des résultats individuels aux deux échelles de fréquence de communication: les participants dont la moyenne est inférieure à 3,5 sont identifiés comme présentant une communication "passable" (et non mauvaise, puisque leur résultat moyen est supérieur au point milieu -3- de l'échelle de réponse en cinq points). Les répondants dont la moyenne se situe entre 3,50 et 3,99 présentent un niveau de "bonne" communication. Enfin, le niveau de "très bonne" communication comprend les participants dont la moyenne est égale ou supérieure à 4,00.

Le *tableau 3* présente la moyenne des symptômes dépressifs selon ces trois niveaux, pour la communication générale. Ainsi, 63 sujets (29% de l'échantillon total dont la moitié de femmes) sont des communicateurs passables, 81 (37%, dont 42% de femmes) sont de bons communicateurs et 73 (34%, dont 63% de femmes) sont de très bons communicateurs. Même si les moyennes des femmes et des hommes ne diffèrent pas significativement, plus de femmes que d'hommes sont considérées de très bonnes communicatrices selon cet indice ($X^2 = 5,80$; $p < 0,02$).

Les niveaux de fréquence de communication générale à l'intérieur du couple révèlent pour les patientes des moyennes de symptomatologie dépressive différentes ($p < 0,05$): plus fréquente est la communication conjugale, moins importante est la symptomatologie dépressive. Les patientes dont la communication est "passable" rapportent significativement plus de symptômes que celles des deux autres groupes ($F = 2,08$; $p < 0,05$), leur moyenne ($M = 19,5$) les catégorisant nettement comme à risque de dépression. Chez les hommes, la symptomatologie dépressive ne se différencie pas selon la fréquence de la communication générale.

| |
|--|
| Insérer à peu près ici le <i>tableau 3</i> |
|--|

Selon les résultats de l'échelle mesurant la fréquence de la communication conjugale à propos du cancer (*tableau 4*), 20 participants (9% de l'échantillon, dont la moitié de patientes) sont des communicateurs passables, 21 (10%, dont la moitié des patientes) sont de bons communicateurs et 179 (81%, dont environ la moitié de patientes) sont des très bons communicateurs. Lorsque l'on compare les *tableaux 3* et *4*, il y a plus de deux fois plus de répondants très bons communicateurs à propos du cancer qu'à propos de leur communication en général (179 *versus* 73).

Pour l'ensemble des répondants, les symptômes dépressifs diffèrent selon la fréquence de la communication conjugale portant sur le cancer ($p < 0,001$). Ceux dont la communication à propos du cancer est passable rapportent significativement plus de symptômes dépressifs que l'ensemble des autres participants ($p < 0,001$), tant chez les patientes ($p < 0,05$) que chez leurs conjoints ($p < 0,001$). Le niveau moyen de

symptômes de ces patientes ($M = 23,7$) et de leur conjoint ($M = 20,7$) les catégorise clairement comme à risque de dépression.

Insérer à peu près ici le *tableau 4*

Discussion

Au niveau socio-démographique, l'échantillon recruté paraît similaire à l'ensemble des couples québécois. Par exemple, le statut occupationnel des participants ressemble à celui de la population québécoise: une proportion plus importante de femmes tiennent maison, une proportion plus élevée d'hommes occupent un emploi et un nombre semblable d'hommes et de femmes sont sans emploi ou retraités (Daveluy et al., 2000). La proportion de répondants nés hors du Canada est comparable à celle observée dans le quartier multi-ethnique desservi par la clinique où la recherche a été principalement menée.

Lorsque l'on compare la communication conjugale selon les deux échelles utilisées, la communication à propos du cancer s'avère beaucoup plus fréquente que la communication générale: l'indice de communication à propos du cancer, que nous avons élaboré, permet en effet d'identifier deux fois plus de très bons communicateurs que l'indice de communication générale. En tant que menace directe à la vie, le cancer paraît ainsi constituer un sujet très fréquent de conversation pour le couple. Gotcher (1992) souligne d'ailleurs que, pour bien s'adapter à leur maladie, les patients doivent pouvoir en discuter librement, aussi souvent qu'ils le souhaitent.

La première hypothèse, fondée sur les conclusions de Northouse et Swain (1987), Mormont (1992), Manne (1998) et Giese-Davis et al. (2000), stipulait que la femme atteinte de cancer présenterait un niveau de symptomatologie dépressive semblable à celui de son conjoint. Cette hypothèse est infirmée: au moment de l'entrevue, les patientes rapportent plus de symptômes dépressifs que les conjoints. Ces résultats, comme ceux de Hoskins (1995) ou de Northouse et al. (1998), semblent cependant logiques. Une première raison est que le cancer menace directement la vie et l'intégrité physique de la personne qui en est atteinte. La seconde raison est d'ordre psychosociologique: les répondantes de sexe féminin tendent généralement à rapporter

un plus grand nombre de symptômes que les hommes. Selon l'Institut de la statistique du Québec (Daveluy et al., 2000), plus de femmes que d'hommes dans la population québécoise révèlent un niveau élevé de détresse psychologique. Radloff et Locke (1986) ont aussi montré que, parmi les gens mariés, les femmes présentent des moyennes au CES-D supérieures à celles des hommes. Les hypothèses les plus fréquemment avancées pour expliquer cette disparité font référence aux conditions biologiques de la femme et à la socialisation de l'enfant de sexe féminin, davantage encouragée à être en contact avec ses émotions et à les exprimer.

Nos résultats montrent aussi que, pendant le mois qui a suivi leur diagnostic de cancer au sein, presque la moitié des patientes (47%) sont à risque sérieux de dépression, un taux deux fois plus élevé que dans la population générale. Le niveau de symptomatologie dépressive rapporté par les conjoints est néanmoins semblable à celui des hommes de la population générale, un résultat aussi constaté par Hagedoorn et al. (2000).

La seconde hypothèse est confirmée: une communication conjugale moins fréquente est associée à une symptomatologie dépressive plus élevée au cours du mois qui suit l'intervention chirurgicale. Cela est particulièrement vrai des patientes chez qui la symptomatologie dépressive est associée à une communication passable à propos du cancer ainsi qu'à une communication passable en général alors que, chez les conjoints, elle est associée seulement à une communication passable à propos du cancer. Notons que ces derniers manifestent un niveau de symptomatologie dépressive aussi élevé que celui des patientes. Le conjoint et la patiente qui rapportent un niveau passable de communication à propos du cancer sont donc tous deux à risque sérieux de dépression. En conséquence, le fait pour la patiente et son conjoint de communiquer fréquemment à propos du cancer semble associé à un effet bénéfique, c'est-à-dire à un niveau de symptomatologie dépressive qui reflète celui de la population générale.

Même si la présente étude est l'une des premières, à notre connaissance, à mesurer directement la fréquence de la communication dans le couple dont la femme est atteinte de cancer du sein, il est clair qu'une mesure quantitative de communication est moins riche qu'une analyse qualitative du discours. Pistrang, Barker et Rutter (1997) ont eu recours à cette dernière méthodologie pour examiner les interactions

verbales de trois couples (seulement) afin d'étudier les différentes dimensions du soutien que les conjoints s'offrent mutuellement quand la femme est atteinte de cancer du sein.

Une autre limite de la présente étude découle du fait qu'elle ne permet pas d'établir de direction de causalité entre fréquence de communication conjugale et symptomatologie dépressive. Il est probable que le fait de ne pas communiquer à propos du cancer ait comme conséquence un niveau dépressif élevé, mais il est aussi probable que les personnes dépressives soient moins portées à communiquer avec leur entourage. Une étude longitudinale ou bien l'obtention de données antérieures au cancer permettrait de clarifier la direction du lien entre communication et symptomatologie dépressive.

Conclusion

Nos résultats démontrent une relation claire entre la communication conjugale, surtout à propos du cancer, et les symptômes dépressifs au cours du mois suivant le diagnostic. L'étude ne permet cependant pas d'établir la direction de causalité entre fréquence de communication conjugale et symptomatologie dépressive.

Références

- Aubé, N. (1981). *Le fonctionnement du couple d'après leur niveau socio-économique*. Thèse de Doctorat, Université de Montréal, Montréal.
- Baider, L., Cooper, C.L., & Kaplan De-Nour, A. (1996). *Cancer and the Family*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Baucom, D.H., & Adams, A.N. (1987). Assessing Communication in Marital Interaction. In K. D. O'Leary (Ed.), *Assessment of Marital Discord* (pp. 139-181). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Bienvenu, S.M.J. (1987). Marital Communication Inventory. In N. F. R. Sherman (Ed.), *Handbook of Measurements for Marriage and Family Therapy* (pp. 103-105). New York: Brunner Mazel.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galietta, M., Nelson, C.J., & Brescia R. (2000). Depression, helplessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*, *284*(22), 2907-2911.
- Brugère, J., & Louvard, N. (1986). Qualité de vie des cancéreux ORL. *Bulletin du Cancer*, *73*(5), 634-640.
- Bukberg, J., Penman, D., & Holland, J.C. (1984). Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, *46*(3), 199-212.
- Carlson, L.E., Bultz, B.D., Specca, M., & St.Pierre, M. (2000). Partners of cancer patients: Part I. Impact, adjustment, and coping across illness trajectory. *Journal of Psychosocial Oncology*, *18*(2), 39-63.
- Carroll, B.T., Kathol, R.G., Noyes, J.R., Wald, T.G., & Clamon, G.H. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry*, *15*(2), 69-74.
- Daveluy, C., Pica, L., Audet, N., Courtemanche, R., Lapointe, F., et al. (2000). *Enquête sociale et de santé 1998 (2e édition)*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Fincham, F.D., Fernandes, L.O.L., & Humphreys, K. (1993). *Communicating in relationships: a guide for couples and professionals*. Champaign, IL: Research Press.
- Giese-Davis, J., Hermanson, K., Koopman, C., Weibel, D., & Spiegel, D. (2000). Quality of couples' relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *Journal of Family Psychology*, *14*(2), 251-266.
- Gotcher, J.M. (1992). Interpersonal communication and psychosocial adjustment. *Journal of Psychosocial Oncology*, *10*(3), 21-39.

- Hagedorn, M., Buunk, B.P., Kuijer, R.G., Wobbles, T., & Sanderman, R. (2000). Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psycho-Oncology*, 9(3), 232-242.
- Hoskins, C.N. (1995). Adjustment to breast cancer in couples. *Psychological Reports*, 77(2), 435-454.
- Institut National du Cancer du Canada. (2002). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2002*. Toronto: Institut National du Cancer du Canada.
- Keitel, M.A., Cramer, S.H., & Zevon, M.A. (1990). Spouses of cancer patients: a review of the literature. *Journal of Counseling & Development*, 69(2), 163-166.
- Lasry, J.-C.M., & Margolese, R.G. (1992). Fear of recurrence, breast conserving surgery, and the trade-off hypothesis. *Cancer*, 69(8), 2111-2115.
- Libert, Y., Conradt, S., Reynaert, C., Janne, P., Tordeurs, D., Delvaux, N., Fontaine, O., & Razavi, D. (2001). Améliorer les stratégies des médecins en oncologie: état des lieux et perspectives futures. *Bulletin du Cancer*, 88(12), 1167-1176.
- Lichtman, R.R., Wood, J.V., & Taylor, S.E. (1987). Social support and marital adjustment after breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 5(3), 47-74.
- Manne, S. (1994). Couples coping with cancer: research issues and recent findings. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1(4), 317-330.
- Manne, S. (1998). Cancer in the marital context: a review of the literature. *Cancer Investigation*, 16 (3), 188-202.
- Mormont, C. (1992). L'impact psychologique du cancer sur l'entourage: une revue. *Annales médico-psychologiques*, 150 (8), 537-555.
- Navran, L. (1967). Communication and adjustment to marriage. *Family Process*, 6(2), 173-184.
- Northouse, L.L., & Swain, M.A. (1987). Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Nursing Research*, 36(4), 221-225.
- Northouse, L.L., Templin, T., Mood, D., & Oberst, M. (1998). Couples' adjustment to breast cancer and benign breast disease: a longitudinal analysis. *Psycho-Oncology*, 7(1), 37-48.
- Northouse, P.G., & Northouse, L.L. (1987). Communication and cancer: issues confronting patients, health professionals, and family members. *Journal of Psychosocial Oncology*, 5(3), 17-46.

- O'Leary, D.K., & Turkewitz, H. (1978). Marital therapy from a behavioral perspective. In T. J. Paolino & B. S. McCrady (Eds.), *Marriage and marital therapy: psychoanalytic, behavioral and systems theory perspectives* (pp. 240-297). New York: Brunner/Mazel.
- Peleg-Oren, N., & Sherer, M. (2001). Cancer patients and their spouses: gender and its effect on psychological and social adjustment. *Journal of Health Psychology, 6*(3), 329-338.
- Pistrang, N., Barker, C., & Rutter, C. (1997). Social support as conversation: analysing breast cancer patients' interactions with their partners. *Social Science and Medicine, 45*(5), 773-782.
- Provost, G. (1980). *Étude comparative de la communication chez des couples de classe favorisée et moyenne*. Mémoire de Maîtrise, Université de Montréal; Montréal.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401.
- Radloff, L.S., & Locke, B.Z. (1986). The community mental health assessment survey and the CES-D Scale. In M. Weissman & J.K. Myers & C.E. Ross (Eds.). *Community surveys of psychiatric disorders* (pp. 177-189). New Brunswick, NJ; Rutgers University Press.
- Saltel, P., Gauvain-Piquard, A., & Landry-Dattee, N. (2001). L'information de la famille d'un patient adulte atteint de cancer. *Bulletin du Cancer, 88*(4), 399-405.
- Santor, D.A., Zuroff, D.C., Ramsey, J.O., Cervantes, P., & Palacios, J. (2000). Examining scale discriminability in the BDI and the CES-D as a function of depressive severity. *Psychological Assessment, 7*(2), 131-139.
- Schumm, W.R., Anderson, S.A., & Griffin, C.L. (1983). The Marital Communication Inventory. In E.E. Filsinger (Ed.), *Marriage and family assessment: a sourcebook for family therapy* (pp. 191-208). Beverly Hills, CA: Sage.
- Schumm, W.R., Race, G.S., Morris, J.E., Anderson, S.A., Griffin, C.L., McCutchen, M.B., & Benigas, J.E. (1981). Dimensionality of the Marital Communication Inventory and marital conventionalization: a third report. *Psychological Reports, 48*(1), 163-171.
- Skerrett, K. (1998). Couple adjustment to the experience of breast cancer. *Families, Systems & Health, 16*(3), 281-298.
- Turner, R.J., & Noh, S. (1988). Physical disability and depression: a longitudinal analysis. *Journal of Health & Social Behavior, 29*(1), 23-37.

Vess, J.D., Moreland, J.R., Schwebel, A.I., & Kraut, E. (1988). Psychosocial needs of cancer patients: learning from patients and their spouses. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6(1/2), 31-51.

Walker, B.L. (1997). Adjustment of husbands and wives to breast cancer. *Cancer Practice*, 5(2), 92-98.

Walsh-Burke, K. (1992). Family communication and coping with cancer: impact of the We Can Weekend. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10(1), 63-81.

Weissman, M.M., Sholomskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B.A., & Locke, B.Z. (1977). Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. *American Journal of Epidemiology*, 106(3), 203-214.

Zahlis, E.H., & Shands, M.E. (1991). Breast cancer: demands of the illness on the patient's partner. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(1), 75-93.

Tableau 1
Données socio-démographiques des conjoints

| Variables | Femmes | | Hommes | | test t |
|--------------------------|--------|-------|--------|-------|---------|
| | M | É-T | M | É-T | |
| Age (années) | 52,7 | 8,38 | 55,4 | 9,05 | -2,36 * |
| Éducation (années) | 14,0 | 3,46 | 14,8 | 3,80 | -1,54 |
| Prestige occupationnel | 49,4 | 16,73 | 52,9 | 14,28 | -1,68 |
| Durée du séjour (années) | 28,0 | 14,31 | 28,6 | 13,90 | -0,23 |

* $p < 0,05$

Tableau 2

Moyennes aux échelles de communication conjugale et de dépression selon le sexe

| Échelles | Femmes | | Hommes | | test t |
|--------------------------------------|--------|-------|--------|------|---------|
| | M | É-T | M | É-T | |
| Satisfaction face à la communication | 3,96 | 1,09 | 4,12 | 0,92 | -1,23 |
| Communication générale (PCI) | 3,79 | 0,53 | 3,68 | 0,52 | 1,52 |
| Communication à propos du cancer | 4,44 | 0,55 | 4,34 | 0,54 | 1,41 |
| Symptomatologie dépressive (CES-D) | 15,74 | 11,24 | 10,58 | 8,17 | 3,89*** |

*** p < 0,001

Tableau 3

Symptômes dépressifs par niveau de communication conjugale générale selon le sexe

| | Communication conjugale générale | | | | | | F |
|-------------|----------------------------------|----|--------------|----|---------------|----|-------|
| | Passable | | Bonne | | Très bonne | | |
| Partenaires | M (ET) | N | M (ET) | N | M (ET) | N | |
| Femmes | 19,51 (11,71) | 31 | 16,38 (9,84) | 34 | 12,92 (11,37) | 46 | 3,37* |
| Hommes | 10,91 (6,63) | 32 | 11,43 (9,47) | 47 | 9,26 (7,44) | 27 | 0,61 |
| Total | 15,15 (10,35) | 63 | 13,51 (9,88) | 81 | 11,57 (10,2) | 73 | 2,13 |

* p < 0,05

Tableau 4

Symptômes dépressifs par niveau de communication conjugale à propos de cancer
selon le sexe

| | Communication conjugale à propos au cancer | | | | | | | F |
|-------------|--|----|---------------|----|---------------|-----|--|----------|
| | Passable | | Bonne | | Très bonne | | | |
| | M (ET) | N | M (ET) | N | M (ET) | N | | |
| Partenaires | | | | | | | | |
| Femmes | 23,69 (10,33) | 10 | 12,03 (13,49) | 11 | 15,32 (10,77) | 91 | | 3,29* |
| Hommes | 20,69 (8,1) | 10 | 10,8 (8,56) | 10 | 9,4 (7,38) | 88 | | 10,03*** |
| Total | 22,19 (9,2) | 20 | 11,45 (11,15) | 21 | 12,41 (9,7) | 179 | | 9,34*** |

* $p < 0,05$

*** $p < 0,001$

Chapitre 2

Couples' communication and depressive symptomatology following breast cancer

Contribution de l'étudiante

L'étudiante a été la coordonnatrice de la recherche rapportée dans cet article. À ce titre, elle a participé l'élaboration du projet et à la construction du questionnaire. Elle a été en charge du recrutement des sujets, de la cueillette de données, pour l'entrevue initiale et le suivi, et de la vérification de l'entrée des données. Elle a été responsable de l'équipe d'interviewers et de la tenue des statistiques.

Pour cet article, l'étudiante a fait la recension de la littérature, a écrit l'introduction et la méthodologie. Elle a également mené les analyses statistiques. La discussion a été le fruit des trois premiers auteurs et l'étudiante a été responsable de sa rédaction, sous la surveillance de son directeur de thèse, notamment pour la qualité de la langue. Le fait qu'il en soit le premier auteur découle d'une entente préalable.

TITLE

Couples' communication and depressive symptomatology following breast cancer

RUNNING TITLE

Depressive symptoms following breast cancer

AUTHORS

Lasry, Jean-Claude, Ph.D., Dept. of Psychology, Université de Montréal and Dept. of Psychiatry, Jewish General Hospital

Normand, Julie, M.Ps., Dept. of Psychology, Université de Montréal

Perry, J. Christopher, M.D., Dept. of Psychiatry, Jewish General Hospital

Margolese, Richard G., M.D., Dept. of Oncology, Jewish General Hospital

Fleiszer, David, M.D., Dept. of Oncology, Royal Victoria Hospital

CONDENSED ABSTRACT: From breast cancer diagnosis to four months later, depressive symptoms decrease significantly while couple communication stays stable and fairly high. Communication about cancer, at time of diagnosis, acts as a moderator for the prediction of later depressive symptoms.

KEY WORDS: breast cancer, couples, communication, depressive symptoms, longitudinal study

ACKNOWLEDGMENTS: The authors are grateful to the Canadian Breast Cancer Research Initiative for having funded this study.

Abstract

- Background

Several studies underline the importance of couple communication for the adaptation to breast cancer, but very few have measured it explicitly.

- Methods

Of the 120 breast cancer patients interviewed within the month following diagnosis, to study the link between couple communication and depressive symptoms, 89 agreed to be interviewed four months later. Symptomatology was assessed with the *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) and couple communication, with the *Primary Communication Inventory* (PCI), for general couple communication, and with the *Communication about Cancer Scale*, designed specifically for this study. Other psychological variables were also assessed.

- Results

Depressive symptoms decreased significantly and couple communication stayed stable and fairly high. The best predictor of depressive symptoms four months later is initial level of depressive symptoms. None of the other variables made a significant contribution. When the sample was split in two, according to cancer communication level, initial depressive symptoms predict later symptomatology, but only for breast cancer patients who communicate less about cancer.

- Conclusions

Cancer communication is not a direct predictor of later depressive symptoms but a moderator, a useful variable to identify breast cancer patients who would be at a greater risk of staying depressed after diagnosis.

Introduction

Cancer has a major impact on the life of patients. A review of selected research on psychological processes affected by breast cancer states that emotional reactions in cancer patients have been documented for the last 100 years.¹ The following literature review presents studies on symptomatology following cancer, on its evolution and on the impact of communication, and then addresses the prediction of symptomatology.

Literature review

- Symptomatology following cancer and its evolution

According to a recent meta-analytical review, cancer patients report no difference from a normal population in terms of anxiety or general psychological distress, but show more depressive symptomatology.² Even if most studies on cancer survivorship conclude that there are no major differences in general quality of life between cancer survivors and healthy controls³, a sizeable proportion of patients still remain in distress. Prevalence of depressive symptoms ranges from 5% to more than 50%.⁴ For Manne, Sherman et al. (2004)⁵, between 7 and 46% of women with early stage breast cancer report clinically significant levels of depressive symptoms within the first 6 months of diagnosis; in their own study, 50% of their patients were found to be in the distress range.

Literature shows that most cancer patients will adapt to their illness, and their distress will decrease with time. In a recent study, cancer patients recovered from the initial shock of diagnosis and showed a “steady decline in depression scores”.⁴ In general, patients treated for cancer go back to a normal level of distress 6 to 12 months after treatment.⁶

While depressive symptomatology tends to decline with time since diagnosis, much less is known about the impact of other psychological variables, for example couple communication, on the adjustment following breast cancer. Communication has been considered in several cancer studies⁷⁻¹⁵, but rarely measured. A review article on the communication dimension of the cancer experience remarked that most conclusions were based on anecdotal reports and few studies assessed communication directly.⁷ This critique still applies today, as searchers referred to it as a “gap in the literature”.¹⁶

Even if the link between couple communication and adaptation to cancer is often taken for granted, very few studies have measured it explicitly. Only three recent studies have directly assessed couple communication in breast cancer patients. The first assessed 148 breast cancer couples with the *Rapid Marital Interaction Coding System* and showed a link between self-disclosure and patients' distress.⁵ The second assessed general communication in the couple (with the *Primary Communication Inventory*) and communication about cancer (with a study-specific questionnaire) of 120 breast cancer couples. Less frequent marital communication was associated with a higher level of depressive symptoms.¹⁷ The last measured couple communication about cancer with three subscales of the *Communication Patterns Questionnaire*, adapted for cancer. Communication was associated with higher distress and lower marital satisfaction.¹⁶

- Prediction of symptomatology following cancer

Some studies have examined whether variables at time of diagnosis could predict further symptomatology. We will first present cancer studies and then, breast cancer studies. de Leeuw et al. (2000)¹⁸ focused on the prediction of depressive symptoms in head and neck cancer patients 6 and 12 months after treatment. Depressive symptomatology before treatment accounted alone for 29% of the depression variance 6 months later, and 20% of it, when reported 12 months after treatment. Physical symptoms plus depressive symptomatology, emotional support, extent of social network and avoidance before treatment identified 81% of patients with depressive symptomatology at 6 months, and 67% at 12 months. In a later report, depressive symptomatology before treatment was still the best predictor of depressive symptomatology three years later.¹⁹

According to Capuron, Ravaud, Miller and Dantzer (2004)²⁰, renal cancer patients with more depressive symptoms one month after cytokine therapy reported higher emotional, cognitive and neurovegetative scores before therapy. Social support added to affective and neurovegetative subscales of the *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* at baseline predicted 62% of the variance of the one month post therapy total score. A study of colorectal cancer patients showed that social and

physical functioning, cancer related symptoms, co-morbidity, race and gender were predictors of depressive symptomatology reported during the first year following diagnosis²¹. Another article about lung cancer patients reported that predictors of depressive symptomatology over the course of the first year after diagnosis were social functioning, cancer-related symptoms severity and radiation treatment²². Neither study controlled for initial level of depressive symptomatology, leaving it unclear whether it made a unique contribution to outcome.

A handful of studies tried to predict symptomatology in breast cancer patients. For example, Hack and Degner (2004)²³ interviewed women within 6 months of their breast cancer diagnosis and 3 years later. Baseline scores of the acceptance/resignation and depression subscales were predictors of the *Profile of Mood States* (POMS) total score. Stanton et al. (2000)²⁴ assessed breast cancer women within 20 weeks of their medical treatment and 3 months later. The best predictor of distress was emotional expression. Initial value of every psychological variable had a significant effect, but was not assessed as a predictor, although multiple regressions were performed with age and initial values of dependent variables as covariates.

Northouse, Templin and Mood (2001)²⁵ elaborated a model to predict psychological adjustment, from data collected one week after diagnosis and one year later. Level of distress one year after diagnosis was explained by initial level of distress and actual level of hopelessness. But the independent variables were used to predict dependent variables assessed at the same time: an explanation rather than a prediction. Stanton, Danoff-Burg and Huggins (2002)²⁶ tried to predict 3 months and one year adjustment in breast cancer women. Initial adjustment predicted subsequent adjustment. Initial level of distress and age predicted distress at 3 months and one year, but both variables were not differentiated: they were used as block predictors. Manne et al. (2006)¹⁶ tried to predict psychological distress and marital satisfaction in breast cancer patients, 9 months after treatment. Best predictors of follow-up distress were initial level of distress and follow-up level of couple communication. Unfortunately, the link between initial level of communication and further distress was not addressed.

In summary, initial level of distress after cancer diagnosis seems to have an impact on further distress. Even if depressive symptomatology is frequent at time of

diagnosis, some predictive studies ignore it as a possible direct predictor of subsequent symptomatology, while others use variables assessed at time of follow-up to explain symptomatology.

Objective

The objective of this research is to study depressive symptomatology in breast cancer patients. Specific purposes are to compare women's adjustment at time of diagnosis and four months later, and to identify variables predicting depressive symptoms. Two hypotheses emerged from the reviewed literature. The first postulates that depressive symptoms will decrease when assessed four months after diagnosis. The second is that depressive symptoms at time of diagnosis will also help predict depressive symptoms four months later. The influence of initial level of couple communication on depressive symptoms of the breast cancer patients at follow-up will be explored.

Method

- Participants

The initial sample consisted of 120 breast cancer patients and 109 partners. Criteria for patients' selection included: first diagnosis of stage I or II breast cancer, married or living with a (male) partner for more than a year, being less than 70 years and able to understand English or French. Most breast cancer patients (88%) were recruited from one Montréal hospital oncology clinic and the others, from three breast clinics. Eligible women were sent a letter signed by their physician and were telephoned a few days later to ask for their participation. Consenting couples were interviewed in the clinic or in their home, according to their choice, after having given informed consent. When both spouses were interviewed at the same time, two different researchers interviewed them. The initial assessment (T1) took place about one month after breast cancer diagnosis ($M = 33$ days) and the follow-up interview (T2) was held 4 months later.

For a more detailed description of the initial sample, see Normand et al. (2004)¹⁷. The present data analyses focus on the breast cancer patients' results.

Average age for patients is 53 ($SD = 8.38$), and education level, 14 years ($SD = 3.46$). Patients have been married or living with a partner for about 26 years ($SD = 11.36$). About half of the patients (48%) work outside the home, a quarter (28%) are homemakers and the other quarter are either on welfare or retired. Half of the sample includes patients not born in Canada, who have spent an average of 28 years in the country.

Table 1 displays demographic characteristics of patients who agreed to the follow-up interview (74%) compared to those who refused (26%). Both groups are similar in terms of age, duration of relationship and length of stay in Canada. The only significant difference appears in the education level: patients who remained in the study are slightly more educated (14.5 v. 12.7 years; $p < .05$). The two groups are also quite similar on psychological variables. The initial level of depressive symptoms is similar in both groups and hovers around the clinical depression cut-off point. No differences appear in the couples' communication, be it in general or about cancer. Patients who dropped out also report similar results to those remaining for follow-up on all other psychological variables, including social desirability. The follow-up sample is thus not significantly different from the initial one.

Most patients interviewed four months after their breast cancer diagnosis had had a lumpectomy, only five, a mastectomy and one, a biopsy. In terms of adjuvant treatments, 36 had chemotherapy, 14 were still having it at time of interview, while 39 didn't have any; 43 had radiotherapy, 14 were having it at time of interview and 32 didn't have any radiotherapy.

-Instruments

Depressive symptoms were assessed with the *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), a 20-item self-report instrument elaborated by Radloff (1977)²⁷ that has been used in numerous breast cancer studies.²⁸⁻³¹ Each item is scored on a 0 to 3 scale (never, sometimes, moderately, most of the time). A cut-off score of 16 identifies individuals at a clinical risk of depression.²⁷ Several validation studies have shown the psychometric qualities of the *CES-D*.³²⁻³⁵ In the present study sample, the internal consistency of the scale is very high (.91), similar to the one found by

Radloff herself (.85)²⁷ and by Giese-Davis and Spiegel (.90 at baseline and .91 one year later)³¹.

The impact of cancer was measured with the 15-item *Impact of Event Scale* (IES)³⁶, developed to assess symptomatic response to traumatic stressors. The IES includes two subscales: avoidance (8 items about not talking or thinking about cancer, or trying to remove it from thought) and intrusiveness (7 items about intrusive ideas like dreams, unwanted pictures or thoughts about cancer). It has been “widely used in studies evaluating cancer-specific psychological distress among patients with cancer”.⁵ Its good internal consistency and satisfactory test-retest reliability has been shown for women at risk for hereditary breast cancer.³⁷ A breast cancer study³¹ found Cronbach’s alphas of .90 for intrusiveness and .89 for avoidance, quite similar to those found in our sample (.88 for intrusiveness, .83 for avoidance, and .89 for the whole scale).

A three-item scale was developed for this study as a phenomenological measure of quality of life. Participants were asked to quantify their quality of life on a 0 to 10 scale; they were also asked to compare their quality of life to that of others about their age, and to estimate their level of satisfaction with it. Internal consistency of this scale is quite good (.79).

General couple communication was evaluated with the *Primary Communication Inventory* (PCI)³⁸, a 25-item scale assessing frequency of communication behaviors and feelings, on a 5-point response scale. This scale is seen as an overall indicator of communication ability.³⁹ It has been widely used in clinical settings as well as in research.⁴⁰⁻⁴² In our study, Cronbach’s alpha is .89, similar to the .91 found in a recent national survey.⁴³

Couple communication about cancer was assessed with a 6-item scale developed for the present study. Participants answer on the same 5-point response scale as for the PCI to questions like: “*Have you and your spouse discussed your recent visits to the doctor?*” or “*Do you feel you can talk freely to your spouse about feelings, concerns or problems related to breast cancer?*”. Internal consistency of the scale in the present study scale is fair (.64).

Marital adjustment was measured with the *Marital Adjustment Test* (MAT)⁴⁴, a 15-item scale developed to provide a “short, but reliable and valid adjustment test”.

The *Dyadic Adjustment Scale* (DAS)⁴⁵, another widely used instrument assessing marital adjustment, was build around the MAT. The MAT is a “report by the participants of their subjective, internal views of their dyadic relationship”.⁴⁶ It discriminates well between adjusted and maladjusted groups.⁴⁷ Internal reliability in our sample is very high (.89) and similar to .90 found in another study.⁴⁷ The frequent use of this scale is still appropriate today, as it has an “adequate reliability and good criterion-related validity”.⁴⁸ Moreover, the MAT has been the key instrument in a recent study on marital discord.⁴⁹

Sexual functioning was measured with a shorter version (10-item) of the *Sexual Functioning Scale for Breast Cancer Patients*,⁵⁰ developed for women with breast cancer to assess satisfaction and feelings about sexuality. The higher the score, the better the sexual functioning. The internal reliability of the shorter scale (.80) is almost as high as that of the original 15-item version (.84).

The *Rosenberg Self-Esteem scale*,⁵¹ a 10-item instrument developed for adolescents, has been used in diverse populations to assess general feelings of self-acceptance and self-respect. This scale “deserves its widespread use and continued popularity” and “provides a highly reliable et internally consistent measure of global self-esteem”.⁵² Recently, it has been used with breast cancer patients.^{3,53} A review of cancer studies⁵⁴ reported Cronbach’s alpha coefficients ranging from .76 to .87, while the alpha was .87 in our own sample.

Social desirability was assessed with a shortened version of *Marlowe-Crowne Social Desirability Inventory*⁵⁵ to assess the tendency to respond in a socially desirable manner.³¹ This 13-item version⁵⁶ presents a reliability similar to the original 33-item version.⁵⁷ In our sample, internal consistency is fair (.70).

Results

Table 2 presents the paired t-tests comparing the change in psychological variables from the month following diagnosis (T1) to four months later (T2). During the follow-up interview, patients reported less depressive symptoms ($p < .001$) and less avoidance and intrusion symptoms than at T1 ($p < .001$). By contrast, the level of quality of life and the two couple communication measures (general and cancer) did not change over

time. Although sexual functioning decreased ($p < .001$), all other psychological variables remained stable from T1 to T2.

A stepwise multiple linear regression analysis was performed to assess the relative contribution of psychological variables at T1 on later depressive symptoms (*CES-D* at T2). As shown in Table 3 (Model 1), depressive symptoms at T1 were the sole predictor of depressive symptoms at T2 (28% of the variance); none of the other additional variables entered into the equation had a significant impact (age, adjuvant treatment, general communication, communication about cancer, marital functioning, sexual functioning, self-esteem and social desirability).

When another regression analysis was performed while controlling for initial depressive symptoms (*CES-D* at T1), no other variables predicted significant additional variance. If *CES-D* at T1 is removed from the equation, self-esteem becomes the only significant predictor, explaining 11% of the variance.

As none of the two communication variables (in general and about cancer) were significant predictors of depressive symptoms at T2, a series of scatter plots were done to explore their links with depressive symptoms. The relationship between depression at T1 and T2 was explored by splitting the sample at the median, for each communication variable. Scatter plots for high and low cancer communication groups appeared quite different, but not those for general communication.

Next we examined the idea that cancer communication might moderate the relationship between depression at T1 and T2. We conducted analyses of variance on depressive symptoms at T2. Two class variables were examined; first, whether subjects scored above or below the 16 cut-off point on the *CES-D* at T1, and then, whether they were above or below the median on communication at T1. For general couple communication, initial level of depressive symptoms had a significant main effect ($F = 15.61$; $p < .001$), while level of communication and their interaction were not significant.

A different pattern appeared for communication about cancer: initial level of depressive symptoms had a significant main effect ($F = 16.72$; $p < .001$), cancer communication did not, but the two-way interaction was significant ($F = 4.93$; $p < .05$). Communication about cancer moderated the link for depressive symptoms between T1

and T2. For all subjects, the correlation between the two measures of depressive symptoms (T1 and T2) was .53 ($p < .001$). However, the correlation was much higher among patients who talked less about cancer ($r = .68$; $p < .001$) than among those who talked more about cancer ($r = .29$; n.s.).

Based on these data, regression analyses were performed on high and low cancer communication subgroups (Table 3, Model 2). A significant difference appeared then between the two subgroups, in the prediction of depressive symptoms at T2. Among patients who communicated less about cancer (Model 2A), depressive symptoms at T1 predicted 46% of the variance of depressive symptoms four months later ($F = 33.0$; $p < .001$). But among patients who communicated more about their illness with their partner (Model 2B), initial depressive symptomatology was not anymore a significant predictor of subsequent depressive symptoms. Communication about cancer is thus not a predictor of depressive symptomatology, but rather a moderator. This finding is specific to couple communication about cancer, as it does not apply to general communication in the couple: depressive symptoms at T1 were still the best predictor of symptoms at T2, independently of the initial level of general couple communication.

Discussion

Patients who agreed to be interviewed at follow-up ($n = 89$), four months after the initial assessment, present a profile similar to those who refused ($n = 31$). Most frequently cited reasons for refusing the second interview were: participants too busy, interview too long or partner's refusal. The 26% drop out rate is similar to that found in other cancer studies. For example, Scott et al. (2004)⁶ reported that 21% of their patients declined follow-up and Manne et al. (2006)¹⁶ lost almost 34% of their subjects in the second round. In our study, the remaining and drop-out groups are very similar to each other on all psychological variables but level of education. Patients who agreed are more likely to have completed about one and a half more year of university than drop-outs. Stommel et al. (2004)⁴ also reported that less educated cancer patients completed fewer interviews and mailed back fewer questionnaires. It could well be that the higher the education level, the greater the importance respondents attribute to participation in research.

A month after diagnosis, about half of the breast cancer sample exhibited a clinical level of depressive symptoms. Manne, Sherman et al. (2004)⁵ also found that 50% of early stage breast cancer patients were in distress. Despite elevated symptomatology, patients in our study reported a high level of quality of life. Even though there is a small negative correlation between depressive symptoms and quality of life ($r = -.25$; $p < .01$), depressive symptomatology and quality of life are unrelated concepts, since patients with several depressive symptoms present a high level of quality of life. Well-being and depressed mood could be considered as independent concepts.⁵⁸

The quality of life measure developed for the present study is phenomenological, tacitly encompassing all domains of life: family, social, professional, leisure, etc. In contrast, depressive symptomatology is assessed from specific symptoms: sleep problems, loss of energy, feelings of sadness, hopelessness, etc. Moreover, the time frame of the *CES-D* refers to the past seven days, while no time frame for the quality of life scale is specified, subjectively including past, present or even future experiences. A growing number of studies consider cancer not only as a negative stressor but also as an occasion for change or growth. Identity Reconstitution, Self-Transformation, or Post-Traumatic Growth are concepts used to refer to positive changes that can be experienced after a traumatic experience.^{59, 60}

The negative impact of breast cancer decreases with time. The percentage of patients who scored above the clinical cut-off point on the *CES-D* dropped to more than half, from 47 to 19, four months later. Intrusive ideas and avoidance of negative thoughts also decreased significantly, showing that the deleterious impact of cancer diminishes from diagnosis to follow-up. Scott et al. (2004)⁶ established that “for most women, the severe initial distress reduces and their mood returns to normal levels 6 to 12 months after treatment”. Our study shows that depressive, avoidance and intrusion symptoms decrease significantly in a 4-month period. Heim, Valach and Schaffner (1997)⁶¹ stated that the greatest change in adjustment to breast cancer takes place between hospitalisation and the subsequent three months, and that psychological adjustment remains fairly stable afterwards, over a period of 3 to 5 years. In another longitudinal study, 10 years after cancer diagnosis, depressive symptomatology

dropped significantly only between the first two measures (early post-diagnosis and 7 months after) to remain stable afterwards.³⁰ The first few months are thus a critical period for long term adjustment to cancer.

Communication about cancer is very high and stable from diagnosis to four months later, in the couples interviewed. Manne et al. (2006)¹⁶ also reported that a direct measure of couple communication about cancer did not change from treatment to nine months later. The high frequency of cancer communication in the couple seems to reflect the fact that cancer remains an important issue, a major topic of couple discussion, even if most patients manifest a good psychological adjustment to breast cancer.

While couple communication and marital satisfaction remained stable four months after diagnosis, sexual functioning of patients interviewed decreased. A literature review on women's sexuality following breast cancer concluded that "up to one third of patients become sexually dysfunctional following surgery"⁵⁰, while Thors, Broeckel and Jacobsen (2001)⁶² found rates of sexual dysfunction for breast cancer survivors range from 15% to 64%, Arora et al. (2001)⁶³ also showed that satisfaction with sexuality decreased after surgery. Sexual dissatisfaction is thus fairly common and could last for years.⁶⁴ Breast surgery has been shown to have a negative impact on body image^{65, 66} even with a lumpectomy, a surgical procedure much less disfiguring than a mastectomy. After breast surgery, women feel less attractive, less desirable or feminine, and report body image problems, with sexual dysfunctions that could remain for years.⁶ Cancer can thus negatively impact on sexual functioning, but not necessarily on other dimensions of couple relationships like communication or marital harmony.

Prediction of symptomatology in breast cancer patients

The present study showed that initial level of depressive symptoms is the best predictor of subsequent level of symptoms, as other studies did.^{16,67} Symptoms at time of diagnosis explain 28% of the same variance four months later. When this variable is removed from the equation, self-esteem emerges as the sole significant predictor. The ability of self-esteem to be a predictor is probably mediated by its correlation with

depressive symptoms ($r = -.38, p < .001$). Edgar, Rosberger and Nowlis (1992)⁶⁸ also found that cancer patients with high ego strength show a lower level of distress.

Couple communication plays an important role in adaptation to cancer. According to Manne (1999)⁶⁹ and Manne, Ostroff, Rini et al. (2004)⁷⁰, women who felt their husbands were avoiding discussions about cancer reported more distress. Manne, Sherman et al. (2004)⁵ also reported that couple communication about cancer is more associated with patients' distress than general couple communication. Manne et al. (2006)¹⁶ associated distress and communication about cancer nine months after diagnosis.

We tried to analyze the link between initial level of communication and further symptoms. Neither general couple communication nor cancer couple communication contribute directly to the prediction of depressive symptoms. But when patients are regrouped according to their level of communication about cancer, a striking difference appears. Initial depressive symptoms predict later depressive symptoms only for patients who talk less about cancer. Couple communication about cancer acts as a moderator on the influence of time on depressive symptoms. This is specific to communication about cancer as it does not apply to general couple communication.

A very short scale assessing communication about cancer (6 items, in our study) could thus be used as a mean of identifying patients at greater risk of staying depressed after cancer diagnosis. One out of four patients who reported talking less about cancer will remain depressed 4 months after, while the rate is only less than one out of seven, for patients who reported high couple communication about cancer. Psychological distress in cancer patients can have an impact on behavioral and health outcomes.⁶⁷ A psychosocial intervention teaching communication skills to less communicating couples could be beneficial to help decrease depressive symptomatology.

To control for the possible bias of self-report measures, results were controlled for social desirability, but this variable was shown to have a non-significant impact. A notable limitation of this study concerns the lack of information about the patients' psychological functioning prior to the first interview. Pre-diagnosis variables could impact on the level of depressive symptoms following cancer diagnosis. Refusal and drop-out rates are another limitation, despite a lack of major differences between

remaining and drop-out patients. Future research is needed to replicate and generalize these results.

Conclusion

In conclusion, the main contribution of this article is twofold. It shows a decrease in depressive symptoms from breast cancer diagnosis to a follow-up, four months later, and the absence of change in the high level of couple communication. The study shows also that frequent communication about cancer, at time of diagnosis, acts as a moderator on the effect of time on depressive symptoms. As breast cancer communication in the couple at time of diagnosis modulates the link between initial and later depressive symptomatology, it should be a part of the initial assessment made by health professionals.

References

1. Royak-Schaler R. Psychological processes in breast cancer: a review of selected research. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1991;9(4):71-89.
2. van't Spijker A, Trijsburg R, Duivendoorn H. Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*. 1997;59(3):280-293.
3. Helgeson V, Snyder P, Seltman H. Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*. 2004;23(1):3-15.
4. Stommel M, Kurtz M, Kurtz J, Given C, Given B. A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, or prostate. *Health Psychology*. 2004;23(6):564-573.
5. Manne S, Sherman M, Ross S, Ostroff J, Heyman R, Fox K. Couples' support-related communication, psychological distress, and relationship satisfaction among women with early stage breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72(4):660-670.
6. Scott J, Halford W, Ward B. United we stand? The effects of a couple-coping intervention on adjustment to early stage breast or gynaecological cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72(6):1122-1135.
7. Northouse P, Northouse L. Communication and cancer: issues confronting patients, health professionals, and family members. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1987;5(3):17-46.
8. Lichtman R, Wood J, Taylor S. Close relationships after breast cancer. Paper presented at: Annual meeting of the American Psychological Association, 1987; Washington DC.
9. Vess J, Moreland J, Schwebel A, Kraut E. Psychosocial needs of cancer patients: learning from patients and their spouses. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1988;6(1-2):31-51.
10. Zahlis E, Shands M. Breast cancer: demands of the illness on the patient's partner. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1991;9(1):75-93.
11. Walsh-Burke K. Family communication and coping with cancer: impact of the we can weekend. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1992;10(1):63-81.
12. Gotcher J. Interpersonal communication and psychosocial adjustment. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1992;10(3):21-39.

13. Walker B. Adjustment of husbands and wives to breast cancer. *Cancer Practice*. 1997;5(2):92-98.
14. Skerrett K. Couple adjustment to the experience of breast cancer. *Families, Systems & Health*. 1998;16(3):281-298.
15. Carlson L, Bultz B, Specia M, St.Pierre M. Partners of cancer patients: Part I. Impact, adjustment, and coping across illness trajectory. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2000;18(2):39-63.
16. Manne S, Ostroff J, Norton T, Fox K, Goldstein L, Grana G. Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2006;15(3):234-247.
17. Normand J, Lasry J, Margolese R, Perry J, Fleiszer D. Communication conjugale et symptômes dépressifs dans des couples dont la femme est atteinte de cancer du sein. *Bulletin du Cancer*. 2004;91(2):193-199.
18. de Leeuw J, de Graeff A, Ros W, Blijham G, Hordijk G-J, Winnubst J. Prediction of depressive symptomatology after treatment of head and neck cancer: the influence of pre-treatment physical and depressive symptoms, coping, and social support. *Head & Neck*. 2000;22(8):799-807.
19. de Leeuw J, de Graeff A, Ros W, Blijham G, Hordijk G-J, Winnubst J. Prediction of depression 6 months to 3 years after treatment of head and neck cancer. *Head & Neck*. 2001;23(10):892-898.
20. Capuron L, Ravaud A, Miller A, Dantzer R. Baseline mood and psychosocial characteristics of patients developing depressive symptoms during interleukin-2 and/or interferon-alpha cancer therapy. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2004;18(3):205-213.
21. Kurtz M, Kurtz J, Stommel M, Given C, Given B. Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with colorectal cancer: a longitudinal view. *Supportive Care in Cancer*. 2002;10(6):494-501.
22. Kurtz M, Kurtz J, Stommel M, Given C, Given B. Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with lung cancer-a longitudinal analysis. *Psycho-Oncology*. 2002;11(1):12-22.
23. Hack T, Degner L. Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*. 2004;13(4):235-247.

24. Stanton A, Danoff-Burg S, Cameron C, et al. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68(5):875-882.
25. Northouse L, Templin T, Mood D. Couples' adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. *Journal of Behavioral Medicine*. 2001;24(2):115-136.
26. Stanton A, Danoff-Burg S, Huggins M. The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*. 2002;11(2):93-102.
27. Radloff L. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1977;1(3):385-401.
28. Culver J, Arena P, Wimberly S, Antoni M, Carver C. Coping among african-american, hispanic, and non-hispanic white women recently treated for early stage breast cancer. *Psychology and Health*. 2004;19(2):157-166.
29. Petronis V, Carver C, Antoni M, Weiss S. Investment in body image and psychosocial well-being among women treated for early stage breast cancer: partial replication and extension. *Psychology and Health*. 2003;18(1):1-13.
30. Brown K, Levy A, Rosberger Z, Edgar L. Psychological distress and cancer survival: a follow-up 10 years after diagnosis. *Psychosomatic Medicine*. 2003;65(4):636-643.
31. Giese-Davis J, Spiegel D. Suppression, repressive-defensiveness, restraint, and distress in metastatic breast cancer: separable or inseparable constructs? *Journal of Personality*. 2001;69(3):417-449.
32. Weissman M, Sholomskas D, Pottenger M, Prusoff B, Locke B. Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. *American Journal of Epidemiology*. 1977;106(3):203-214.
33. Myers J, Weissman M. Use of a self-report symptom scale to detect depression in a community sample. *American Journal of Psychiatry*. 1980;137(9):1081-1084.
34. Radloff L, Locke B. *The community mental health assessment survey and the CES-D scale*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1986.
35. Husaini B, Castor R, Linn J, Moore S, Warren H, Whitten-Stovall R. Social support and depression among the black and white elderly. *Journal of Community Psychology*. 1990;18(1):12-18.

36. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*. 1979;41(3):209-210.
37. Thewes B, Meiser B, Hickie I. Psychometric properties of the Impact of Event Scale amongst women at increased risk for hereditary breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2001;10(6):459-468.
38. Navran L. Communication and adjustment to marriage. *Family Process*. 1967;6(2):173-184.
39. Beach S, Arias I. Assessment of perceptual discrepancy: utility of the Primary Communication Inventory. *Family Process*. 1983;22(3):309-316.
40. Byers E. Relationship satisfaction and sexual satisfaction: a longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of Sex Research*. 2005;42(2):113-118.
41. Davis M, Tucker C, Fennell R. Family behavior, adaptation, and treatment adherence of pediatric nephrology patients. *Pediatric Nephrology*. 1996;10(2):160-166.
42. Kerns R, Rosenberg R. Pain-relevant responses from significant others: development of a significant-other version of the WHYMPI scales. *Pain*. 1995;61(2):245-249.
43. Haj-Yahia M. The impact of wife abuse on marital relations as revealed by the second palestinian national survey on violence against women. *Journal of Family Psychology*. 2002;16(3):273-285.
44. Locke H, Wallace K. Short marital-adjustment and prediction tests: their reliability and validity. *Marriage and Family Living*. 1959;21:251-255.
45. Spanier G. Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*. 1976;38(1):15-28.
46. Hunt R. The effect of item weighting on the Locke-Wallace Marital Adjustment Scale. *Journal of Marriage and the Family*. 1978;40(2):249-256.
47. Fredman N, Sherman R. *Handbook of measurements for marriage and family therapy*. NY: Bruner/Mezel; 1987.
48. Freeston M, Plechaty M. Reconsideration of the Locke-Wallace Marital Adjustment Test: is it still relevant for the 1990s? *Psychological Reports*. 1997;81(2):419-434.

49. Beach S, Amir N, Fincham F, Leonard K. The taxometrics of marriage: is marital discord categorical? *Journal of Family Psychology*. 2005;19(2):276-285.
50. Lasry J. *Women's sexuality following breast cancer*: CRC Press, inc.; 1991.
51. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princetown, NJ: Princetown University Press; 1965.
52. Gray-Little B, Williams V, Haucok T. An item response theory analysis of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1997;23(5):443-451.
53. Helgeson V. Unmitigated communion and adjustment to breast cancer: associations and explanations. *Journal of Applied Social Psychology*. 2003;33(8):1643-1661.
54. Curbow B, Somerfield M. Use of the Rosenberg Self-Esteem Scale with adult cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1991;9(2):113-131.
55. Crowne D, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*. 1960;24(4):349-354.
56. Reynolds W. Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1982;38(1):119-125.
57. Zook A, Sipps G. Cross-validation of a short form of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1985;41(2):236-238.
58. Schroevers M, Sanderman R, van Sonderen E, Ranchor A. The evaluation of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) scale: depressed and positive affect in cancer patients and healthy reference subjects. *Quality of Life Research*. 2000;9(9):1015-1029.
59. Cordova M, Cunningham L, Carlson C, Andrykowski M. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*. 2001;20(3):176-185.
60. Manne S, Ostroff J, Winkel G, Goldstein L, Fox K, Grana G. Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*. 2004;66(3):442-454.
61. Heim E, Valach L, Schaffner L. Coping and psychosocial adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*. 1997;59(4):408-418.

62. Thors C, Broeckel J, Jacobsen P. Sexual functioning in breast cancer survivors. *Cancer Control*. 2001;8(5):442-448.
63. Arora N, Gustafson D, Hawkins R, et al. Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: a prospective study. *Cancer*. 2001;92(5):1288-1298.
64. Ganz P, Desmond K, Leedham B, Rowland J, Meyerowitz B, Belin T. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*. 2002;94(1):39-49.
65. Boehmke M, Dickerson S. Symptom, symptom experiences, and symptom distress encountered by women with breast cancer undergoing current treatment modalities. *Cancer Nursing*. 2005;28(5):382-389.
66. Hannoun-Levi J. Traitement du cancer du sein et de l'utérus: impact physiologique et psychologique sur la fonction sexuelle. *Cancer/Radiothérapie*. 2005;9(3):175-182.
67. Baider L, Andritsch E, Goldzweig G, et al. Changes in psychological distress of women with breast cancer in long-term remission and their husbands. *Psychosomatics*. 2004;45(1):58-68.
68. Edgar L, Rosberger Z, Nowlis D. Coping with cancer during the first year after diagnosis. *Cancer*. 1992;69(3):817-828.
69. Manne S. Intrusive thoughts and psychological distress among cancer patients: the role of spouse avoidance and criticism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;67(4):539-546.
70. Manne S, Ostroff J, Rini C, Fox K, Goldstein L, Grana G. The interpersonal process model of intimacy: the role of self-disclosure, partner disclosure, and partner responsiveness in interactions between breast cancer patients and their partner. *Journal of Family Psychology*. 2004;18(4):589-599.

Table 1
 Characteristics of remaining vs drop-out patients

| Variables | Remaining patients (n = 89) | | Drop-out patients (n = 31) | | t-test |
|----------------------------|--------------------------------|---------|-------------------------------|---------|---------|
| | M | (SD) | M | (SD) | |
| Age | 52.19 | (8.35) | 54.06 | (8.44) | 1.07 |
| Duration of union | 25.18 | (11.57) | 27.57 | (10.70) | 1.00 |
| Education | 14.47 | (3.67) | 12.74 | (2.37) | -2.45 * |
| Depressive symptoms | 15.36 | (11.12) | 16.85 | (11.72) | 0.62 |
| General communication | 94.70 | (13.33) | 94.72 | (13.30) | 0.01 |
| Communication about cancer | 26.89 | (3.07) | 25.86 | (3.82) | -1.50 |
| Social desirability | 21.50 | (2.83) | 21.73 | (2.79) | 0.40 |

* $p < .05$.

Table 2

Evolution of psychological variables from initial interview (T1) to follow-up (T2)

| Variables | T1 | | T2 | | t-test |
|----------------------------|----------|---------------|----------|---------------|----------|
| | <u>M</u> | (<u>SD</u>) | <u>M</u> | (<u>SD</u>) | |
| Depressive symptoms | 15.36 | (11.12) | 8.58 | (7.75) | 6.42 *** |
| Intrusion | 17.02 | (5.68) | 14.66 | (5.38) | 4.43 *** |
| Avoidance | 17.07 | (5.87) | 15.14 | (5.70) | 3.72 *** |
| Quality of life | 14.19 | (3.17) | 13.89 | (3.16) | 0.87 |
| General communication | 94.70 | (13.33) | 93.49 | (14.57) | 1.34 |
| Communication about cancer | 26.89 | (3.07) | 26.44 | (3.68) | 1.35 |
| Marital adjustment | 53.37 | (8.70) | 52.95 | (8.52) | 0.83 |
| Sexual satisfaction | 35.14 | (7.03) | 30.61 | (7.63) | 7.91 *** |
| Self-esteem | 33.36 | (4.30) | 32.99 | (4.35) | 1.14 |

*** $p < .001$.

Table 3
Variables predicting depressive symptoms at follow-up

| MODELS | Groups | <u>N</u> | Predictors ¹ at T1 | df | Beta | <u>F</u> | <u>p</u> | <u>R</u> ² |
|---------|------------------------------|----------|----------------------------------|----|------|----------|----------|-----------------------|
| Model 1 | All Subjects | 83 | Depressive symptoms | 1 | .53 | 31.42 | .000 | .28 |
| Model 2 | A. Low cancer communication | 40 | Depressive symptoms | 1 | .68 | 33.00 | .000 | .46 |
| | B. High cancer communication | 43 | Depressive symptoms | 1 | .29 | 3.75 | .06 | .09 |

¹ only significant variable, from all variables entered into the equation: age, adjuvant treatment, depressive symptoms, general communication, communication about cancer, marital functioning, sexual functioning, self-esteem and social desirability.

Conclusion

Discussion du premier article

Le cancer du sein a un impact psychologique sur les personnes qui en sont atteintes. Pendant le mois qui a suivi leur diagnostic de cancer au sein, presque la moitié des patientes présentent un risque de dépression, un taux deux fois plus élevé que dans la population générale (Radloff, 1977); les conjoints rapportent néanmoins un risque de symptomatologie dépressive semblable à celui observé chez les hommes de la population générale. Ces niveaux de symptomatologie ont été aussi rapportés dans l'étude de Manne, Sherman et al. (2004), pour les patientes, et dans l'étude de Hagedoorn et al. (2000), pour les conjoints.

La première hypothèse, basée sur les observations de Northouse et Swain (1987), Mormont (1992), Manne (1998) et Giese-Davis et al. (2000), stipulait que la femme atteinte de cancer présenterait un niveau de symptomatologie dépressive semblable à celui de son conjoint. Cette hypothèse est infirmée puisque les patientes rapportent plus de symptômes dépressifs que les conjoints. Ces résultats semblent cependant compréhensibles; d'une part, le cancer menace directement la vie et l'intégrité physique de la patiente qui en est atteinte; d'autre part, les répondantes de sexe féminin tendent généralement à rapporter un plus grand nombre de symptômes que les hommes. En effet, les femmes mariées présentent des moyennes à l'échelle de dépression utilisée (CES-D) supérieures à celles des hommes mariés (Radloff & Locke, 1986) et, dans la population québécoise, plus de femmes que d'hommes révèlent un niveau élevé de détresse psychologique (Daveluy, Pica, Audet, Courtemanche, Lapointe et al., 2000). Les hypothèses les plus fréquemment avancées pour expliquer cette disparité font référence aux conditions biologiques de la femme et à la socialisation de l'enfant de sexe féminin.

La seconde hypothèse est confirmée: une communication conjugale moins fréquente est associée à une symptomatologie dépressive plus élevée, manifestée lors de la première entrevue, au cours du mois qui suit le diagnostic. Ceci est particulièrement vrai pour les patientes dont la communication conjugale est passable, qu'elle soit générale ou à propos du cancer. Par ailleurs, les conjoints dont la communication à propos du cancer est également passable rapportent un niveau de symptomatologie dépressive aussi élevé que celui des femmes. En fait, la patiente et

son conjoint qui rapportent un niveau passable de communication à propos du cancer sont tous deux à risque sérieux de dépression, tandis que les femmes et les hommes qui communiquent bien ou très bien à propos de la maladie rapportent une symptomatologie dépressive équivalente à celle observée dans la population générale.

La communication conjugale joue donc un rôle important dans l'adaptation au cancer. Manne (1999) et Manne, Ostroff, Rini et al. (2004) ont aussi mis en évidence le fait que les patientes dont les conjoints évitent de parler de cancer rapportent plus de détresse que les autres. La communication conjugale à propos du cancer est davantage associée à la détresse des patientes que la communication conjugale générale (Manne, Sherman et al., 2004).

L'étude ne permet toutefois pas d'établir de lien de causalité entre fréquence de communication conjugale et symptomatologie dépressive. Il est probable que le fait de ne pas communiquer entre conjoints à propos du cancer puisse causer des symptômes dépressifs, mais il est aussi possible que les personnes dépressives soient moins portées à communiquer, en raison de leur apathie et de leur sentiment d'isolement même. L'obtention de données antérieures au diagnostic de cancer pourrait clarifier la direction du lien entre communication conjugale et symptomatologie dépressive.

Discussion du second article

Le taux d'abandon de la présente étude est semblable à celui d'autres études sur le cancer. Le manque de temps, la longueur de l'entrevue et le refus du conjoint constituent les raisons évoquées le plus fréquemment pour justifier le refus de participer au suivi, quatre mois après l'entrevue initiale. Les patientes ayant refusé de participer au suivi présentent un profil socio-démographique et psychologique semblable à celui des patientes ayant accepté de continuer l'étude, à part le fait que ces dernières ont près de deux ans de scolarité de plus que les autres. Cette différence de scolarité, également observée par Stommel et al. (2004), permet d'envisager que les personnes plus scolarisées accordent plus d'importance à leur participation à la recherche.

Un mois après leur diagnostic de cancer au sein, environ la moitié des patientes présentent un risque élevé de dépression. Malgré cette symptomatologie, leur niveau

de qualité de vie est élevé. Bien qu'il y ait une faible corrélation négative entre symptômes dépressifs et qualité de vie, ces deux concepts semblent refléter des réalités différentes.

En fait, les deux instruments évaluent deux concepts différents. L'échelle de qualité de vie est d'ordre phénoménologique et ses questions s'adressent implicitement à toutes les sphères de la vie (familiale, sociale, professionnelle, récréative, etc.). Les questions évaluant les symptômes dépressifs réfèrent à des contenus précis: perte d'énergie, difficultés de sommeil, sentiments de désespoir, etc. De plus, ces dernières questions portent exclusivement sur les symptômes ressentis au cours des sept derniers jours, alors que l'échelle de la qualité de vie ne précise aucun intervalle de temps, incluant ainsi de façon implicite le passé, le présent et le futur.

D'autre part, de plus en plus d'études considèrent le cancer non plus seulement comme un stresser négatif, mais aussi comme une occasion de croissance et de changement. Il est donc possible que les femmes considèrent les problèmes et les soucis occasionnés par la maladie et ses conséquences comme des défis à relever, des occasions de développer de nouvelles forces ou de redéfinir leurs priorités. Cette attitude aurait donc un impact positif sur la perception de la qualité de vie.

Comme la plupart des recherches dans le domaine, notre étude démontre que l'impact négatif du cancer diminue avec le temps. Le pourcentage de patientes présentant un seuil de dépression clinique diminue de plus de la moitié entre la première et la deuxième entrevue, quatre mois plus tard. Les résultats aux échelles d'évitement et d'intrusion diminuent aussi significativement. D'autres chercheurs ont observé que la plupart des femmes atteintes de cancer au sein retourneraient à leur niveau de fonctionnement affectif initial de six à douze mois après leur traitement (Scott et al., 2004). La plus grande partie de la diminution de la symptomatologie surviendrait dans les mois qui suivent le diagnostic; par la suite, la symptomatologie resterait à peu près stable, cinq ans (Heim, Valach & Schaffner, 1997) et même dix ans plus tard (Brown et al., 2003). Les premiers mois constituent donc une période cruciale dans l'ajustement au cancer à long terme.

En tant que stresser majeur, en tant que menace directe à la vie, le cancer paraît constituer un sujet de conversation fréquent dans le couple. En effet, la

communication conjugale à propos du cancer est beaucoup plus fréquente que la communication générale. Gotcher (1992) souligne d'ailleurs que, pour bien s'adapter à leur maladie, les patients doivent pouvoir en discuter librement, aussi souvent qu'ils le souhaitent. Les patientes parlent donc très fréquemment de leur maladie et ce, autant dans le mois suivant leur diagnostic que quatre mois plus tard. Manne et al. (2006) rapportent également que la communication à propos du cancer ne varie pas entre le moment des traitements et neuf mois plus tard. La fréquence élevée de la communication laisse sous-entendre que le cancer demeure un enjeu important qui *demande continuellement divers ajustements puisqu'il reste un sujet de discussion fréquent pour le couple.*

Même si la communication conjugale et la satisfaction maritale demeurent stables, le fonctionnement sexuel des patientes décroît. Arora et al. (2001) rapportent également que la satisfaction sexuelle décline suite à une chirurgie. Thors, Broekel et Jacobsen (2001) estiment que les deux tiers des survivantes au cancer du sein peuvent présenter des dysfonctions sexuelles. L'insatisfaction sexuelle est donc fréquente et peut même durer plusieurs années (Ganz et al., 2002).

La présente étude établit que la fréquence initiale des symptômes dépressifs est la variable qui prédit le mieux la fréquence ultérieure des symptômes dépressifs. Ni la communication conjugale générale, ni la communication à propos du cancer ne permettent de prédire directement la symptomatologie.

Des profils différents se dessinent cependant selon la fréquence de la communication conjugale à propos du cancer rapportée dans le mois suivant le diagnostic. Lorsque les patientes sont divisées en deux groupes, sur la base de cette variable, le niveau de symptômes dépressifs initial prédit les symptômes subséquents uniquement chez les femmes qui discutent moins du cancer. La fréquence de la communication conjugale à propos du cancer influence donc l'effet du temps sur la symptomatologie.

Une communication conjugale moins fréquente à propos du cancer dans le mois suivant le diagnostic est ainsi associée à une symptomatologie dépressive élevée, quatre mois plus tard: le quart des patientes communiquant moins à propos du cancer dans le mois suivant le diagnostic resteront déprimées, alors que cette proportion est de une sur

sept pour les patientes parlant plus fréquemment de cancer. Le manque de communication maintient davantage l'effet délétère du cancer, malgré une diminution des symptômes dépressifs. En évitant de parler de sa maladie à son conjoint et de partager ses émotions, la patiente éprouve une certaine forme d'isolement, qui serait plus propice au maintien de sa symptomatologie dépressive. À l'inverse, la patiente qui communique plus avec son conjoint à propos de sa maladie, partage davantage ses émotions et ses angoisses, probablement sa peur de la mort. L'écoute et le soutien reçus de la part de son conjoint permettent à la patiente d'envisager de nouvelles perspectives; sa symptomatologie ultérieure devient alors moins dépendante de sa symptomatologie initiale.

Un bref instrument de mesure évaluant la qualité de la communication de couple à propos du cancer pourrait donc servir à identifier les patientes plus à risque de rester déprimées après un diagnostic de cancer au sein. En plus d'affecter la patiente et son entourage, la symptomatologie dépressive a un impact sur les comportements orientés vers la santé et leurs conséquences (Baider et al., 2004). Il s'agit donc d'une variable primordiale dans un contexte de rationalisation des soins de santé.

Liens entre le modèle choisi et notre recherche

Dans l'ensemble, les résultats de l'étude de Manne, Ostroff, Rini et al. (2004) valident le modèle du processus interpersonnel de l'intimité développé par Reis et Shaver (1988). Ainsi, la perception de la réceptivité du partenaire influence l'association entre le dévoilement (de soi et du partenaire) et la perception de l'intimité. Le modèle s'applique parfaitement aux résultats observés chez les hommes. Pour les patientes toutefois, le dévoilement de soi n'est pas associé à la perception de l'intimité, alors que le dévoilement du conjoint l'est et ce, de façon directe et indirecte.

Manne, Ostroff, Rini et al. (2004) proposent deux hypothèses explicatives à ce résultat. Le processus d'intimité pourrait être différent selon le genre: il est possible que la femme, généralement plus habituée à se dévoiler, soit plus sensible que l'homme au dévoilement du conjoint dans sa perception de l'intimité. Par ailleurs, la présence de la maladie pourrait influencer les réactions du partenaire: il est possible que le dévoilement de la personne malade influence peu sa perception de l'intimité puisqu'on

s'attend généralement à ce qu'il soit plus élevé; à ce moment, le dévoilement du partenaire influence davantage la perception de l'intimité. Malheureusement, les deux variables identifiées (genre et statut: malade ou non) sont confondues puisque tous les sujets atteints de la maladie sont des femmes.

Le modèle du processus d'intimité dégagé des conversations générales entre les conjoints est très semblable à celui dégagé des échanges portant spécifiquement sur le cancer. De même dans notre étude, les résultats à l'échelle de communication générale et ceux à l'échelle de communication à propos du cancer sont fortement corrélés.

Manne, Ostroff, Rini et al. (2004) avancent que le dévoilement du conjoint influence la perception de l'intimité chez la patiente atteinte de cancer au sein. En dévoilant ses pensées et ses sentiments, le conjoint suscite chez la patiente le sentiment d'être soutenue, comprise et acceptée. Se sentant proche de son conjoint, il est probable que la femme atteinte de cancer au sein se sente moins seule; elle serait ainsi mieux accompagnée dans ce qu'elle vit et se sentirait moins déprimée. Nos propres résultats vont exactement dans ce sens: les femmes atteintes de cancer et leur conjoint qui communiquent bien à propos de la maladie rapportent une symptomatologie dépressive équivalente à celle observée dans la population générale, tandis que celles ayant un niveau passable de communication sont à risque sérieux de dépression.

Bien que l'étude de Manne, Ostroff, Rini et al. (2004) ne fasse pas référence à l'adaptation des personnes à la maladie, les auteurs suggèrent que si leurs résultats étaient répliqués, des interventions psychologiques portant sur l'acceptation et la validation pourraient améliorer l'intimité chez ces couples. Nos résultats laissent également entendre que l'enseignement d'habiletés de communication pourrait contribuer à diminuer la symptomatologie dépressive.

Limites

Le moment de la première entrevue constitue probablement la principale limite de l'étude puisque nous n'avons aucune donnée sur le fonctionnement psychologique antérieur à la première prise de mesure. Il est possible que, pour certaines patientes, la symptomatologie dépressive élevée rapportée après le cancer soit plus le fait d'un état dépressif antérieur qu'une conséquence de l'apparition du cancer.

De plus, toutes les variables à l'étude sont mesurées par des instruments auto-rapportés. Malgré le choix de plusieurs instruments reconnus pour leurs bonnes qualités psychométriques, les réponses proviennent d'une seule source: le répondant lui-même; elles risquent donc d'être influencées par une part de subjectivité et biaisées par des facteurs personnels. Toutefois, des analyses statistiques effectuées à l'aide d'une échelle de désirabilité sociale démontrent que les participants ont eu peu tendance à répondre de façon socialement acceptable. Leurs résultats sont donc peu biaisés par le désir de bien paraître.

Une autre limite, fréquente dans les études sur le cancer, concerne la représentativité de l'échantillon. Peu de données sont disponibles sur les patientes ayant refusé de participer à l'étude. Le taux de participation à notre étude (42%) se compare toutefois à d'autres études semblables sur le cancer (39% pour l'étude de Manne, Ostroff, Rini et al, 2004). Notre taux de participation au suivi (74%) se compare également à celui d'autres études dans le domaine. D'ailleurs, les femmes ayant accepté de participer au suivi et celles ayant abandonné présentent un profil socio-démographique et psychologique semblable au moment de la première prise de mesure. Il demeure toutefois important d'appliquer les conclusions de l'étude aux répondantes et non à l'ensemble des femmes nouvellement diagnostiquées pour un cancer au sein.

Enfin, pour des raisons d'ordre méthodologique, la présente recherche ne peut établir de relation de causalité entre les variables à l'étude. En effet, les analyses statistiques effectuées ne peuvent que démontrer des liens corrélationnels entre les données. Le lien observé entre la symptomatologie dépressive et la communication conjugale peut tout aussi bien laisser entendre que la communication influence la symptomatologie que l'inverse. De plus, le lien observé entre les deux principales variables à l'étude ne limite en rien la présence de liens possibles avec d'autres variables. La symptomatologie dépressive rapportée par les patientes pourrait également être liée à différents facteurs comme, par exemple, le soutien social, l'estime personnelle ou la perception de la maladie.

Pistes pour recherches futures

Afin de préciser la nature du lien établi entre la symptomatologie dépressive et la communication conjugale, il serait intéressant de mener des études semblables avec d'autres instruments de mesure. Par exemple, des analyses de contenu de discussions entre les conjoints pourraient aider à identifier les aspects particuliers de la communication conjugale jugés comme bénéfiques.

Il serait également intéressant de varier les moments de mesure, notamment en faisant des études à plus long terme afin de vérifier si la symptomatologie continue d'évoluer après un suivi de quatre mois.

Pour analyser plus précisément le lien entre la symptomatologie dépressive et la communication conjugale, il serait utile d'employer des mesures antérieures au diagnostic de cancer; mais, comme il faudrait suivre une cohorte de plusieurs milliers de femmes, pour voir certaines développer un cancer au sein, le coût de ce type de recherche serait prohibitif.

Il serait aussi intéressant de reprendre l'étude auprès d'autres populations: par exemple, avec les personnes significatives de patientes ne vivant pas en couple, avec d'autres types de cancer, dans le cas de récurrence, d'autres maladies ou lorsque l'homme lui-même est atteint de cancer.

Enfin, sur la base des résultats obtenus dans notre étude, il serait stimulant d'élaborer des études cliniques pour vérifier l'impact de l'enseignement d'habiletés à la communication sur la symptomatologie.

Contribution

De nombreuses études soulignent l'importance de la communication conjugale dans l'adaptation à la maladie, mais très peu la mesurent directement. Tout en évaluant quantitativement cette variable, et de façon longitudinale, cette étude permet de distinguer le rôle de la communication conjugale générale de la communication spécifique au cancer. L'étude démontre clairement, à l'aide d'une brève échelle de communication conjugale à propos du cancer, le lien entre la communication dans le couple et les symptômes dépressifs en identifiant les patientes plus à risque de rester déprimées. Les résultats laissent sous-entendre qu'une intervention ciblant

l'amélioration de la communication conjugale pourrait être bénéfique et accélérer la diminution des symptômes dépressifs après un diagnostic de cancer au sein.

En conclusion, cette thèse démontre clairement l'importance de la communication conjugale pour les femmes atteintes de cancer au sein. Jacques Salomé (2003) avance d'ailleurs que « le besoin vital d'un malade est d'être entendu, de se relier au sens de sa maladie, de découvrir ses ressources pour affronter souffrances et dépendance physique ».

Puisse toute femme touchée par le cancer du sein avoir l'occasion de s'exprimer.

Bibliographie

- Arora, N.K., Gustafson, D.H., Hawkins, R.P., McTavish, F., Cella, D.F., Pingree, S., Mendenhall, J.H., & Mahvi, D.M. (2001). Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: a prospective study. *Cancer*, *92*(5), 1288-1298.
- Aubé, N. (1981). *Le fonctionnement du couple d'après son niveau socio-économique*. Thèse de Doctorat, Université de Montréal, Montréal.
- Audet-Lapointe, M. (2004). *Le processus d'accommodation (coping) de l'enfant et de l'adolescent confrontés à des situations stressantes : stress de la vie quotidienne ou leucémie*. Thèse de Doctorat, Université de Montréal, Montréal.
- Baider, L., Andritsch, E., Goldzweig, G., Uziely, B., Ever-Hadani, P., Hofman, G., Krenn, G., & Samonigg, H. (2004). Changes in psychological distress of women with breast cancer in long-term remission and their husbands. *Psychosomatics*, *45*(1), 58-68.
- Baider, L., Cooper, C.L., & Kaplan De-Nour, A. (1996). *Cancer and the Family*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Baucom, D.H., & Adams, A.N. (1987). Assessing Communication in Marital Interaction. In K. D. O'Leary (Ed.), *Assessment of Marital Discord* (pp. 139-181). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Beach, S.R.H., Amir, N., Fincham, F.D., & Leonard, K.E. (2005). The taxometrics of marriage: is marital discord categorical? *Journal of Family Psychology*, *19*(2), 276-285.
- Beach, S.R., & Arias, I. (1983). Assessment of perceptual discrepancy: utility of the Primary Communication Inventory. *Family Process*, *22*(3), 309-316.
- Bienvenu, S.M.J. (1987). Marital Communication Inventory. In N.F.R. Sherman (Ed.), *Handbook of Measurements for Marriage and Family Therapy* (pp. 103-105). New York, NY: Brunner Mazel.
- Boehmke, M.M., & Dickerson, S.S. (2005). Symptom, symptom experiences, and symptom distress encountered by women with breast cancer undergoing current treatment modalities. *Cancer Nursing*, *28*(5), 382-389.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galietta, M., Nelson, C.J., & Brescia, R. (2000). Depression, helplessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*, *284*(22), 2907-2911.

- Brown, K.W., Levy, A.R., Rosberger, Z., & Edgar, L. (2003). Psychological distress and cancer survival: a follow-up 10 years after diagnosis. *Psychosomatic Medicine, 65*(4), 636-643.
- Brugère, J., & Louvard, N. (1986). Qualité de vie des cancéreux ORL. *Bulletin du Cancer, 73*(5), 634-640.
- Bukberg, J., Penman, D., & Holland, J.C. (1984). Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic Medicine, 46*(3), 199-212.
- Byers, E. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: a longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of Sex Research, 42*(2), 113-118.
- Capuron, L., Ravaud, A., Miller, A.H., & Dantzer, R. (2004). Baseline mood and psychosocial characteristics of patients developing depressive symptoms during interleukin-2 and/or interferon-alpha cancer therapy. *Brain, Behavior, and Immunity, 18*(3), 205-213.
- Carlson, L.E., Bultz, B.D., Speca, M., & St.Pierre, M. (2000). Partners of cancer patients: Part I. Impact, adjustment, and coping across illness trajectory. *Journal of Psychosocial Oncology, 18*(2), 39-63.
- Carroll, B.T., Kathol, R.G., Noyes, J.R., Wald, T.G., & Clamon, G.H. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry, 15*(2), 69-74.
- Cordova, M.J., Cunningham, L.L.C., Carlson, C.R., & Andrykowski, M.A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology, 20*(3), 176-185.
- Crowne, D.P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology, 24*(4), 349-354.
- Culver, J.L., Arena, P.L., Wimberly, S.R., Antoni, M.H., & Carver, C.S. (2004). Coping among african-american, hispanic, and non-hispanic white women recently treated for early stage breast cancer. *Psychology and Health, 19*(2), 157-166.
- Curbow, B., & Somerfield, M. (1991). Use of the Rosenberg Self-Esteem Scale with adult cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology, 9*(2), 113-131.
- Daveluy, C., Pica, L., Audet, N., Courtemanche, R., Lapointe, F., et al. (2000). *Enquête sociale et de santé 1998 (2e édition)*. Québec: Institut de la statistique du Québec.

- Davis, M.C., Tucker, C.M., & Fennell, R.S. (1996). Family behavior, adaptation, and treatment adherence of pediatric nephrology patients. *Pediatric Nephrology*, *10*(2), 160-166.
- de Leeuw, J.R.J., de Graeff, A., Ros, W.J.G., Blijham, G.H., Hordijk, G.-J., & Winnubst, J.A.M. (2000). Prediction of depressive symptomatology after treatment of head and neck cancer: the influence of pre-treatment physical and depressive symptoms, coping, and social support. *Head & Neck*, *22*(8), 799-807.
- de Leeuw, J.R.J., de Graeff, A., Ros, W.J.G., Blijham, G.H., Hordijk, G.-J., & Winnubst, J.A.M. (2001). Prediction of depression 6 months to 3 years after treatment of head and neck cancer. *Head & Neck*, *23*(10), 892-898.
- Edgar, L., Rosberger, Z., & Nowlis, D. (1992). Coping with cancer during the first year after diagnosis. *Cancer*, *69*(3), 817-828.
- Fincham, F.D., Fernandes, L.O.L., & Humphreys, K. (1993). *Communicating in relationships: a guide for couples and professionals*. Champaign, IL: Research Press.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1991). Coping and emotion. In A. Monat & R.S. Lazarus, *Stress and coping: an anthology* (3rd ed.). New York, NY: Colombia University Press.
- Fredman, N., & Sherman, R. (1987)(Eds.). *Handbook of measurements for marriage and family therapy*. NY: Bruner/Mezel.
- Freeston, M.H., & Plechaty, M. (1997). Reconsideration of the Locke-Wallace Marital Adjustment Test: is it still relevant for the 1990s? *Psychological Reports*, *81*(2), 419-434.
- Ganz, P.A., Desmond, K.A., Leedham, B., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., & Belin, T.R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, *94*(1), 39-49.
- Giese-Davis, J., Hermanson, K., Koopman, C., Weibel, D., & Spiegel, D. (2000). Quality of couples' relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *Journal of Family Psychology*, *14*(2), 251-266.
- Giese-Davis, J., & Spiegel, D. (2001). Suppression, repressive-defensiveness, restraint, and distress in metastatic breast cancer: separable or inseparable constructs? *Journal of Personality*, *69*(3), 417-449.
- Gotcher, J.M. (1992). Interpersonal communication and psychosocial adjustment. *Journal of Psychosocial Oncology*, *10*(3), 21-39.

- Gray-Little, B., Williams, V.S.L., & Hancock, T.D. (1997). An item response theory analysis of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(5), 443-451.
- Hack, T.F., & Degner, L.F. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*, 13(4), 235-247.
- Hagedoorn, M., Buunk, B.P., Kuijjer, R. G., Wobbes, T., & Sanderman, R. (2000). Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psycho-Oncology*, 9(3), 232-242.
- Haj-Yahia, M.M. (2002). The impact of wife abuse on marital relations as revealed by the second palestinian national survey on violence against women. *Journal of Family Psychology*, 16(3), 273-285.
- Hannoun-Levi, J. (2005). Traitement du cancer du sein et de l'utérus: impact physiologique et psychologique sur la fonction sexuelle. *Cancer/Radiothérapie*, 9(3), 175-182.
- Heim, E., Valach, L., & Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59(4), 408-418.
- Helgeson, V.S. (2003). Unmitigated communion and adjustment to breast cancer: associations and explanations. *Journal of Applied Social Psychology*, 33(8), 1643-1661.
- Helgeson, V.S., Snyder, P., & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, 23(1), 3-15.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-210.
- Hoskins, C.N. (1995). Adjustment to breast cancer in couples. *Psychological Reports*, 77(2), 435-454.
- Hunt, R.A. (1978). The effect of item weighting on the Locke-Wallace Marital Adjustment Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 40(2), 249-256.
- Husaini, B.A., Castor, R.S., Linn, J.G., Moore, S.T., Warren, H.A., & Whitten-Stovall, R. (1990). Social support and depression among the black and white elderly. *Journal of Community Psychology*, 18(1), 12-18.

- Institut National du Cancer du Canada. (2002). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2002*. Toronto: Institut National du Cancer du Canada.
- Keitel, M.A., Crámer, S.H., & Zevon, M.A. (1990). Spouses of cancer patients: a review of the literature. *Journal of Counselling & Development, 69*(2), 163-166.
- Kerns, R.D., & Rosenberg, R. (1995). Pain-relevant responses from significant others: development of a significant-other version of the WHYMPI scales. *Pain, 61*(2), 245-249.
- Kurtz, M.E., Kurtz, J.C., Stommel, M., Given, C.W., & Given, B. (2002). Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with colorectal cancer: a longitudinal view. *Supportive Care in Cancer, 10*(6), 494-501.
- Kurtz, M.E., Kurtz, J.C., Stommel, M., Given, C.W., & Given, B. (2002). Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with lung cancer - a longitudinal analysis. *Psycho-Oncology, 11*(1), 12-22.
- Lasry, J.C. (1991). Women's sexuality following breast cancer. In D. Osoba (Ed.), *Effect of cancer on quality of life*. Boca Raton, FL: CRC Press, inc.
- Lasry, J.-C., & Margolese, R.G. (1992). Fear of recurrence, breast conserving surgery, and the trade-off hypothesis. *Cancer, 69*(8), 2111-2115.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer.
- Libert, Y., Conrardt, S., Reynaert, C., Janne, P., Tordeurs, D., Delvaux, N., Fontaine, O., & Razavi, D. (2001). Améliorer les stratégies des médecins en oncologie: état des lieux et perspectives futures. *Bulletin du Cancer, 88*(12), 1167-1176.
- Lichtman, R.R., Wood, J.V., & Taylor, S.E. (1987). Social support and marital adjustment after breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 5*(3), 47-74.
- Lichtman, R.R., Wood, J.V., & Taylor, S.E. (1987). Close relationships after breast cancer. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Washington DC.
- Locke, H.J., & Wallace, K.M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: their reliability and validity. *Marriage and Family Living, 21*, 251-255.
- Mankin, D. (1990). Impact of cancer on quality of life: a partner's perspective. *Oncology, 4*(5), 202-208.
- Manne, S. (1994). Couples coping with cancer: research issues and recent findings. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 1*(4), 317-330.

- Manne, S. (1998). Cancer in the marital context: a review of the literature. *Cancer Investigation, 16*(3), 188-202.
- Manne, S. (1999). Intrusive thoughts and psychological distress among cancer patients: the role of spouse avoidance and criticism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(4), 539-546.
- Manne, S.L., Ostroff, J.S., Norton, T.R., Fox, K., Goldstein, L., & Grana, G. (2006). Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology, 15*(3), 234-247.
- Manne, S., Ostroff, J., Rini, C., Fox, K., Goldstein, L., & Grana, G. (2004). The interpersonal process model of intimacy: the role of self-disclosure, partner disclosure, and partner responsiveness in interactions between breast cancer patients and their partners. *Journal of Family Psychology, 18*(4), 589-599.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine, 66*(3), 442-454.
- Manne, S., Sherman, M., Ross, S., Ostroff, J., Heyman, R.E., & Fox, K. (2004). Couples' support-related communication, psychological distress, and relationship satisfaction among women with early stage breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(4), 660-670.
- Mormont, C. (1992). L'impact psychologique du cancer sur l'entourage: une revue. *Annales médico-psychologiques, 150*(8), 537-555.
- Myers, J.K., & Weissman, M.M. (1980). Use of a self-report symptom scale to detect depression in a community sample. *American Journal of Psychiatry, 137*(9), 1081-1084.
- Navran, L. (1967). Communication and adjustment to marriage. *Family Process, 6*(2), 173-184.
- Normand, J., Lasry, J.C., Margolese, R.G., Perry, J.C., & Fleiszer, D. (2004). Communication conjugale et symptômes dépressifs dans des couples dont la femme est atteinte de cancer du sein. *Bulletin du Cancer, 91*(2), 193-199.
- Northouse, L.L., & Swain, M.A. (1987). Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Nursing Research, 36*(4), 221-225.
- Northouse, L., Templin, T., & Mood, D. (2001). Couples' adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. *Journal of Behavioral Medicine, 24*(2), 115-136.

- Northouse, L.L., Templin, T., Mood, D., & Oberst, M. (1998). Couples' adjustment to breast cancer and benign breast disease: a longitudinal analysis. *Psycho-Oncology*, 7(1), 37-48.
- Northouse, P.G., & Northouse, L.L. (1987). Communication and cancer: issues confronting patients, health professionals, and family members. *Journal of Psychosocial Oncology*, 5(3), 17-46.
- O'Leary, D.K., & Turkewitz, H. (1978). Marital therapy from a behavioral perspective. In T.J. Paolino & B.S. McCrady (Eds.), *Marriage and marital therapy: psychoanalytic, behavioral and systems theory perspectives* (pp. 240-297). New York: Brunner/Mazel.
- Peleg-Oren, N., & Sherer, M. (2001). Cancer patients and their spouses: gender and its effect on psychological and social adjustment. *Journal of Health Psychology*, 6(3), 329-338.
- Petronis, V.M., Carver, C.S., Antoni, M.H., & Weiss, S. (2003). Investment in body image and psychosocial well-being among women treated for early stage breast cancer: partial replication and extension. *Psychology and Health*, 18(1), 1-13.
- Pistrang, N., Barker, C., & Rutter, C. (1997). Social support as conversation: analysing breast cancer patients' interactions with their partners. *Social Science and Medicine*, 45(5), 773-782.
- Provost, G. (1980). *Étude comparative de la communication chez des couples de classe favorisée et moyenne*. Mémoire de Maîtrise, Université de Montréal, Montréal.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Radloff, L.S., & Locke, B.Z. (1986). The community mental health assessment survey and the CES-D Scale. In M. Weissman & J.K. Myers & C.E. Ross (Eds.), *Community surveys of psychiatric disorders* (pp. 177-189). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Reis, H., & Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. In S. Duck (Ed.) *Handbook of personal relationships*. Chichester, England: Wiley.
- Reynolds, W.M. (1982). Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 38(1), 119-125.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princetown, NJ: Princetown University Press.

- Royak-Schaler, R. (1991). Psychological processes in breast cancer: a review of selected research. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(4), 71-89.
- Salomé, J. (2003). *Heureux qui communique*. Paris, France: Albin Michel.
- Saltel, P., Gauvain-Piquard, A., & Landry-Dattee, N. (2001). L'information de la famille d'un patient adulte atteint de cancer. *Bulletin du Cancer*, 88(4), 399-405.
- Santor, D.A., Zuroff, D.C., Ramsey, J.O., Cervantes, P., & Palacios, J. (2000). Examining scale discriminability in the BDI and the CES-D as a function of depressive severity. *Psychological Assessment*, 7(2), 131-139.
- Schroevers, M.J., Sanderman, R., van Sonderen, E., & Ranchor, A.V. (2000). The evaluation of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) scale: depressed and positive affect in cancer patients and healthy reference subjects. *Quality of Life Research*, 9(9), 1015-1029.
- Schumm, W.R., Anderson, S.A., & Griffin, C.L. (1983). The Marital Communication Inventory. In E.E. Filsinger (Ed.), *Marriage and family assessment: a sourcebook for family therapy* (pp. 191-208). Beverly Hills, CA: Sage.
- Schumm, W.R., Race, G.S., Morris, J.E., Anderson, S.A., Griffin, C.L., McCutchen, M.B., & Benigas, J.E. (1981). Dimensionality of the Marital Communication Inventory and marital conventionalization: a third report. *Psychological Reports*, 48(1), 163-171.
- Scott, J.L., Halford, W.K., & Ward, B.G. (2004). United we stand? The effects of a couple-coping intervention on adjustment to early stage breast or gynaecological cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1122-1135.
- Skerrett, K. (1998). Couple adjustment to the experience of breast cancer. *Families, Systems & Health*, 16(3), 281-298.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Cameron, C.L., Bishop, M., Collins, C.A., Kirk, S.B., Sworowski, L.A., & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., & Huggins, M.E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(2), 93-102.

- Stommel, M., Kurtz, M.E., Kurtz, J.C., Given, C.W., & Given, B.A. (2004). A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, or prostate. *Health Psychology, 23*(6), 564-573.
- Thewes, B., Meiser, B., & Hickie, I.B. (2001). Psychometric properties of the Impact of Event Scale amongst women at increased risk for hereditary breast cancer. *Psycho-Oncology, 10*(6), 459-468.
- Thors, C.L., Broeckel, J.A., & Jacobsen, P.B. (2001). Sexual functioning in breast cancer survivors. *Cancer Control, 8*(5), 442-448.
- Turner, R.J., & Noh, S. (1988). Physical disability and depression: a longitudinal analysis. *Journal of Health and Social Behavior, 29*(1), 23-37.
- van't Spijker, A., Trijsburg, R.W., & Duivenvoorden, H.J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine, 59*(3), 280-293.
- Vess, J.D., Moreland, J.R., Schwebel, A.I., & Kraut, E. (1988). Psychosocial needs of cancer patients: learning from patients and their spouses. *Journal of Psychosocial Oncology, 6*(1/2), 31-51.
- Walker, B.L. (1997). Adjustment of husbands and wives to breast cancer. *Cancer Practice, 5*(2), 92-98.
- Walsh-Burke, K. (1992). Family communication and coping with cancer: impact of the We Can Weekend. *Journal of Psychosocial Oncology, 10*(1), 63-81.
- Weissman, M.M., Sholomskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B.A., & Locke, B.Z. (1977). Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. *American Journal of Epidemiology, 106*(3), 203-214.
- Zahlis, E.H., & Shands, M.E. (1991). Breast cancer: demands of the illness on the patient's partner. *Journal of Psychosocial Oncology, 9*(1), 75-93.
- Zook, A. II, & Sipps, G.J. (1985). Cross-validation of a short form of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology, 41*(2), 236-238.

<http://www.fqc.qc.ca/encyclopedie.asp>

Annexes

Annexe 1

Questionnaire utilisé pour mesurer la symptomatologie dépressive
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Radloff, 1977)

LES QUESTIONS QUI SUIVENT CONCERNENT DES SENTIMENTS OU DES
 COMPORTEMENTS QUE VOUS AURIEZ PU AVOIR, AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE.
 LES REPNSES VONT DE

| JAMAIS, RAREMENT moins 1 jour 1 | PARFOIS 1-2 jours 2 | MODEREMENT 3-4 jours 3 | PRESQUE TOUT LE TEMPS 5-7 jours 4 | |
|---|---------------------------|------------------------------|---|---|
| DURANT LA SEMAINE DERNIERE, j'étais dérangée par des choses qui ne me dérangent pas d'habitude | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ...je n'avais pas envie de manger: mon appétit était pauvre, petit | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ...malgré l'aide de ma famille ou de mes amis, j'avais les "bleus", j'avais le cafard | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ...je sentais que je valais autant que les autres personnes | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ...j'avais de la difficulté à me concentrer | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ...je me sentais déprimée | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ...je sentais que tout ce que je faisais demandait un effort | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ...je me sentais confiante dans l'avenir | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ...je pensais que ma vie était un échec | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ...je me sentais craintive | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ...mon sommeil était agité | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ...j'étais heureuse | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ...je parlais moins que d'habitude | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ...je me sentais seule | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ...les gens n'étaient pas gentils | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ...j'aimais la vie | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ...j'avais des crises de larmes | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ...je me sentais triste | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ...je sentais que les gens ne m'aimaient pas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ...je n'arrivais pas à m'y mettre, à faire ce que j'avais à faire | 1 | 2 | 3 | 4 |

Annexe 2

Questionnaire utilisé pour mesurer la communication conjugale générale *Primary Communication Inventory* (Navran, 1967)

Les réponses aux questions suivantes vont de

JAMAIS=1, RAREMENT=2, PARFOIS=3, SOUVENT=4 À TRES SOUVENT=5

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Parlez-vous avec votre conjoint des choses agréables qui se sont passées dans la journée? Vous diriez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vous parlez-vous des choses désagréables qui se sont passées dans la journée? Vous diriez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vous parlez-vous de choses au sujet desquelles vous n'êtes pas d'accord ou qui vous posent problème? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vous parlez-vous des choses qui vous intéressent tous les deux? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Dans ce qu'il dit et dans la façon de le dire, votre conjoint tient-il compte de votre humeur du moment? Vous diriez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Lorsque vous commencez à formuler une question, votre conjoint peut-il la deviner avant que vous ne la posiez? Vous diriez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pouvez-vous connaître les sentiments de votre conjoint d'après l'expression sur son visage ou par ses gestes? Vous diriez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Est-ce que vous ou votre conjoint évitez certains sujets de conversation? Vous diriez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Est-ce que votre conjoint peut vous expliquer ou vous exprimer certaines choses par un regard ou par des gestes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Discutez-vous ensemble avant de prendre une décision importante? Vous diriez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Votre conjoint peut-il deviner quel genre de journée vous avez passé sans vous le demander? Vous diriez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Votre conjoint propose d'aller visiter de bons amis ou de la famille. | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Vous n'appréciez pas tellement leur compagnie. Vous allez le lui dire | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Votre conjoint discute-t-il avec vous de questions sexuelles? Vous diriez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Employez-vous avec lui des mots compris seulement de vous deux? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Arrive-t-il que votre conjoint boude? Vous diriez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pouvez-vous discuter avec votre conjoint de vos croyances très profondes, les plus importantes sans vous sentir mal à l'aise? Vous diriez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Est-ce que vous évitez de dire à votre conjoint des choses qui pourraient vous désavantager? Vous diriez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vous rendez visite à des amis avec votre conjoint. Ces amis disent quelque chose qui vous amène à échanger un regard avec lui. Vous diriez que vous allez alors vous comprendre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vous arrive-t-il de comprendre ce que dit votre conjoint autant par le ton de sa voix que par les mots qu'il utilise? Vous diriez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Parlez-vous avec votre conjoint de problèmes personnels? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sentez-vous que, la plupart du temps, votre conjoint comprend ce que vous tentez de dire? Vous diriez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Préférez-vous discuter de sujets intimes avec votre conjoint plutôt qu'avec une autre personne? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Comprenez-vous la signification des expressions du visage de votre conjoint? Vous diriez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vous rendez visite à des amis ou à des parents avec votre conjoint. Si l'un de vous commence à dire quelque chose, est-ce que l'autre continue la conversation sans avoir le sentiment d'interrompre le premier? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| En général, discutez-vous avec votre conjoint de la plupart des choses ensemble? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Annexe 3

Questionnaire utilisé pour mesurer la communication conjugale à propos du cancer

Les réponses aux questions suivantes vont de

JAMAIS=1, RAREMENT=2, PARFOIS=3, SOUVENT=4 À TRES SOUVENT=5

Vous est-il arrivé d'avoir besoin de parler de votre chirurgie
pour le cancer du sein mais personne n'était là pour vous écouter? 1 2 3 4 5

Avez-vous parlé avec votre conjoint de vos récentes visites
chez le docteur? 1 2 3 4 5

Si votre conjoint voulait discuter de ce sujet avec vous,
vous est-il arrivé de changer de sujet et de parler d'autre chose? 1 2 3 4 5

Si vous vouliez discuter de ce sujet avec votre conjoint,
lui est-il arrivé de changer de sujet et de parler d'autre chose? 1 2 3 4 5

Sentez-vous que vous pouvez lui parler librement de vos sentiments,
de vos préoccupations et problèmes liés au cancer du sein ? 1 2 3 4 5

Avez-vous discuté avec votre conjoint des soucis et des préoccupations
que le cancer du sein vous occasionne à tous les deux? 1 2 3 4 5

Annexe 4

Version publiée de l'article
*Communication conjugale et symptômes dépressifs
dans des couples dont la femme est atteinte de cancer du sein*

Communication conjugale et symptômes dépressifs dans des couples dont la femme est atteinte de cancer du sein

Marital communication and depressive symptoms in breast cancer couples

Julie NORMAND¹
Jean-Claude LASRY¹
Richard G. MARGOLESE²
J. Christopher PERRY³
David FLEISZER⁴

¹ Hôpital général juif,
département de psychiatrie et Université
de Montréal,
département de psychologie,
² Hôpital général juif,
département d'oncologie et Université de
Montréal,
département de chirurgie,
4333 Côte Ste. Catherine, Montréal,
H3T 1E2 Canada et Université McGill,
département de psychiatrie
³ Hôpital général juif,
département de psychiatrie,
⁴ Hôpital Royal Victoria,
département d'oncologie,
3755 Côte Ste. Catherine, Montréal,
H3T 1E2 Canada et Université McGill,
département de chirurgie

Article reçu le 15 janvier 2003,
accepté le 5 novembre 2003

Le cancer du sein est le type de cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes. Ainsi, au Canada, une femme sur 10 risque d'être atteinte de ce type de cancer au cours de sa vie et une sur 25 d'en mourir [1]. En outre, le cancer est considéré depuis un certain temps comme

Tirés à part : J.-C. Lasry
E-mail [redacted]

Résumé. Si la communication entre médecin et patient a fait l'objet de nombreux écrits en cancérologie, la communication au sein du couple dont l'un des membres est atteint de cancer est un sujet de recherche très récent et peu exploré. Certaines recherches abordent ce sujet sans toutefois mesurer la communication. La présente étude vise à analyser la fréquence de la communication conjugale et ses liens avec la symptomatologie dépressive. La communication dans le couple a été évaluée sous l'angle de la fréquence de la communication générale, de la communication à propos du cancer et aussi de la satisfaction face à la communication. L'échantillon comprend 120 patientes interviewées environ un mois après leur chirurgie pour un cancer du sein et 109 de leurs conjoints. Les résultats montrent que moins la communication conjugale est fréquente, plus la symptomatologie dépressive est élevée. Les patientes et conjoints qui ont un niveau passable de communication, surtout à propos du cancer, présentent un risque sérieux de dépression. Une communication conjugale fréquente à propos du cancer semble donc associée à un effet bénéfique, c'est-à-dire à un niveau de symptomatologie dépressive observé dans la population générale. L'étude ne permet cependant pas d'établir la direction de causalité entre fréquence de communication conjugale et symptomatologie dépressive. ▲

Mots clés : cancer du sein, dépression, communication, couple

Abstract. If doctor-patient communication is a frequent subject of research, couples communication where one partner has cancer is quite recent. Some studies deal with couples communication, but from an anecdotic perspective, without any operational measure. The aim of this paper is to study couples' communication frequency and link it to depressive symptomatology. Marital communication was assessed with three scales: frequency of general communication, frequency of communication about cancer and satisfaction with communication. About one month following surgery, 120 breast cancer patients were interviewed; only 11 partners (9%) refused to be interviewed. Results show less communication is associated with higher depressive level. Patients and partners with a passable level of communication, particularly about cancer, are clinically at risk for depression. Communicating frequently about cancer in the couple seems thus associated with a positive effect, i.e. a depressive level found in the general population. Direction of causality between frequency of marital communication and depressive symptomatology cannot be established from this study. ▲

Key words: breast cancer, depression, communication, couple

« une affaire de famille » [2, 3]. Un diagnostic de cancer est en effet susceptible de perturber l'entourage de la personne qui en est atteinte : conjoints et enfants risquent donc d'être affectés par les conséquences de cette maladie. Comme la relation maritale constitue la première source de soutien chez les personnes mariées atteintes de cancer [4], le conjoint joue un rôle majeur dans l'ajustement de la patiente à la maladie [5].

Plusieurs revues de littérature portent sur la détresse psychologique des partenaires de patients atteints de cancer. Keitel *et al.* [3] ont, par exemple, recensé les articles portant sur les conjoints de personnes souffrant de cancer, publiés entre 1970 et 1988, et concluent que la relation maritale, les réactions émotives et la gestion de la maison sont affectées. Ces auteurs considèrent que le diagnostic constitue à la fois une crise spécifique et un état d'incertitude à long terme pour les conjoints. Dans sa revue sur l'impact psychologique du cancer sur l'entourage, Mormont [6] note que le partenaire d'un patient cancéreux réagit souvent de façon parallèle à celle du malade. Quant à Manne [7], sa revue de la littérature l'amène aussi à conclure que le niveau de détresse psychologique est semblable chez les deux conjoints d'un même couple.

Les articles qui suivent comparent les niveaux de symptomatologie des deux conjoints de couples dont la femme est atteinte de cancer du sein. L'étude de Northouse et Swain [8] est probablement l'une des premières recherches quantitatives portant sur la détresse psychologique de femmes atteintes du cancer du sein et de leur conjoint. La symptomatologie de 50 couples dont la femme a subi une mastectomie a été évaluée quelques jours après la chirurgie et un mois plus tard, sous deux angles : détresse psychologique et affect. Les deux conjoints présentent des niveaux de détresse et d'affect similaires, supérieurs à ceux observés dans la population générale. De leur côté, Giese-Davis *et al.* [9] ont évalué si l'ajustement de la patiente au cancer du sein est affecté par le fait de vivre en couple et par la qualité du soutien offert par le conjoint. La détresse psychologique des patientes est prédite par celle du conjoint et par la qualité de leur relation conjugale.

Contrairement aux études précédentes, Hoskins [10] démontre que, une semaine après la chirurgie, les difficultés d'adaptation au cancer du sein rapportées par les femmes sont supérieures à celles rapportées par les hommes. Comparant la symptomatologie de 58 couples dont la femme a un cancer du sein à celui de 73 couples non touchés par le cancer, Northouse *et al.* [11] montrent aussi que la détresse psychologique et les problèmes de fonctionnement psychosocial sont plus importants dans les couples dont la femme est atteinte de cancer. De plus, les patientes présentent plus de détresse émotionnelle et de problèmes de fonctionnement psychosocial que leur conjoint.

Deux types de résultats apparaissent donc. D'une part, les patientes atteintes de cancer et leur conjoint rapportent un niveau de détresse psychologique similaire [6-9] et, d'autre part, la symptomatologie des patientes est supérieure à celle des conjoints [10, 11].

Communication conjugale et cancer

Base de toute relation humaine, la communication est définie dans le présent article comme l'ensemble des comportements verbaux et non verbaux impliquant la transmission d'informations d'une personne à une autre [12]. Si la communication entre médecin et patient a fait l'objet de nombreux écrits en cancérologie [13-15], la communication au sein du couple dont l'un des membres est atteint de cancer est un sujet de recherche très récent. La communication conjugale est alors considérée comme un moyen par lequel les conjoints partagent des informations et des émotions, s'offrant ainsi mutuellement du soutien, ce qui permet alors un meilleur ajustement des couples et des familles [16].

La communication conjugale s'avère donc une variable importante dans les études sur l'adaptation au cancer puisqu'elle est le canal par lequel le soutien et l'aide transissent, mais peu d'études la mesurent explicitement. Manne [7] déplore d'ailleurs le fait que la plupart des études portant sur les conséquences psychosociales mesurent presque exclusivement le niveau de détresse du patient et du conjoint, au détriment de plusieurs autres variables, dont notamment la communication conjugale. Northouse *et al.* [17] remarquent que le dévoilement personnel est lié à l'ajustement, grâce à la communication, mais qu'il y a pourtant peu de recherches dans ce domaine. Gotcher [18] souligne également le lien entre communication et adaptation au cancer, mais déplore qu'il soit fondé presque exclusivement sur des données de type anecdotique.

Les études citées dans les lignes qui suivent abordent le sujet de la communication conjugale à propos du cancer, sans toutefois la mesurer directement. À partir d'entrevues semi-structurées, Vess *et al.* [19] notent que patients et conjoints évitent souvent de parler de la maladie ou que, s'ils en parlent, c'est plutôt quand les nouvelles sont bonnes ; leur communication est beaucoup moins fréquente pour aborder les mauvaises nouvelles. Dans l'étude de Lichtman *et al.* [20], les patientes et les conjoints qui expriment davantage leurs inquiétudes face à la maladie et qui sont sensibles aux préoccupations de l'autre présentent un meilleur ajustement psychologique. Ayant questionné des hommes sur les changements survenus dans leur vie depuis le diagnostic de cancer du sein de leur femme, Zahlis et Shands [21] trouvent que leur communication maritale est problématique et que certains conjoints affirment même éviter de parler de la maladie. Selon Skerrett [22], les couples s'adaptant moins bien à la maladie sont conscients que leur communication est déficiente. Par ailleurs, pour Gotcher [18], l'ajustement à la maladie est lié à la fréquence de la communication familiale chez des patients en traitement de radiothérapie. Finalement, dans une revue d'études portant sur les partenaires de patient(e)s atteint(e)s de cancer, Carlson *et al.* [23] soulignent que les conjoints communiquant moins fréquemment ne présentent jamais une meilleure adaptation psychologique.

En ayant élaboré une brève échelle pour mesurer la fréquence de communication à propos de la maladie (5 items), Walker [24] est l'un des rares chercheurs à avoir mesuré directement la communication conjugale. Ses résultats montrent que la fréquence de communication est corrélée négativement à la détresse émotionnelle que les patientes rapportent.

En résumé, la plupart des études sur l'ajustement psychologique au cancer abordent la communication conjugale de manière tangentielle et, lorsque cette variable est mentionnée, elle n'est que très rarement mesurée. L'objectif de la présente recherche est alors de mesurer la fréquence de communication dans le couple dont la femme vient de subir une intervention chirurgicale à la suite d'un cancer du sein. On examinera la relation de deux sortes de communication conjugale (la communication en général et celle à propos du cancer) avec la détresse psychologique de chaque conjoint, précisément les symptômes dépressifs, au cours du mois suivant la chirurgie de la patiente.

Hypothèses

La première hypothèse s'appuie sur les conclusions de Mormont [6], Manne [7], Northouse et Swain [8] et Giese-Davis

Tableau 1. Données socio-démographiques des conjoints

| Variables | Femmes | | Hommes | | test t |
|--------------------------|---------|------------|---------|------------|--------|
| | Moyenne | Écart type | Moyenne | Écart type | |
| Âge (années) | 52,7 | 8,38 | 55,4 | 9,05 | -2,36* |
| Éducation (années) | 14,0 | 3,46 | 14,8 | 3,80 | -1,54 |
| Prestige occupationnel | 49,4 | 16,73 | 52,9 | 14,28 | -1,68 |
| Durée du séjour (années) | 28,0 | 14,31 | 28,6 | 13,90 | -0,23 |

*p < 0,05.

et al. [9] : les deux membres d'un couple, dont la femme vient de subir une chirurgie pour un cancer du sein, rapporteront autant de symptômes dépressifs l'un que l'autre. Comme l'objectif spécifique poursuivi par cette recherche est d'examiner l'influence de la fréquence de la communication conjugale sur la détresse psychologique des patientes et de leur conjoint, la seconde hypothèse suppose que les femmes et les hommes qui communiquent moins présenteront davantage de symptômes dépressifs.

Résultats

Comme le présente le *tableau 1*, l'âge moyen des femmes interviewées (53 ans) est de deux ans inférieur à celui des hommes (p < 0,05). Leur union dure depuis 26 ans en moyenne. Les femmes ont en moyenne deux enfants dont l'aîné(e) a en moyenne 26 ans. Bien que plus de femmes demeurent au foyer (28 % versus 0 %) et plus d'hommes occupent un emploi à l'extérieur de la maison (75 % versus 48 %), un nombre semblable de femmes et d'hommes sont au chômage ou à la retraite (24 % versus 25 %). En outre, chez les personnes qui travaillent, il n'y a pas de différence entre le prestige occupationnel des femmes et celui des hommes. Il n'y a pas non plus de différence sur le plan de la scolarité des conjoints, dont la moyenne est d'environ 14 ans. Pour l'ensemble des participants, 22 % ont un niveau d'études secondaires, 22 % ont terminé leur scolarité au niveau collégial (pré-universitaire) et 55 % ont fait des études universitaires. Les participants nés à l'extérieur du Canada (50 %) habitent le pays depuis plus d'une génération, soit 28 ans en moyenne. Les résultats aux échelles de communication et de symptomatologie sont présentés au *tableau 2*. Les moyennes des patientes et de leur conjoint aux deux échelles de fréquence de communication et à celle de satisfaction à l'égard de la communication sont similaires. Dans l'étude de Navran [25], la différence entre les résultats au PCI des femmes et des hommes était également négligeable. Cependant, les patientes et leurs conjoints rapportent une fréquence de communi-

cation conjugale à propos du cancer beaucoup plus élevée que celle de communication générale (t = 19,3 ; p < 0,001).

Pour ce qui est de la symptomatologie dépressive, les femmes rapportent plus de symptômes dépressifs que les hommes (p < 0,001). Selon le point de césure (≥ 16) identifié par Radloff [42] pour distinguer les personnes « à risque de dépression », 21 % de la population générale serait à risque. D'après cette même césure, 34 % de tous les participants de notre étude sont considérés à risque de dépression, soit presque la moitié des patientes (47 %) et 20 % des conjoints. Les conjoints présentent donc un risque de dépression semblable à celui de la population générale, mais le risque pour les patientes est deux fois plus élevé.

Pour l'ensemble des participants, les résultats obtenus aux trois échelles de communication conjugale sont corrélés entre eux de façon significative (p < 0,001) : la communication conjugale générale est corrélée avec la communication conjugale à propos du cancer (r = 0,55) et avec la satisfaction face à la communication conjugale (r = 0,67). Ces deux derniers indices sont également corrélés entre eux (r = 0,54). Par ailleurs, chez les femmes, les symptômes dépressifs sont corrélés négativement à la communication générale dans le couple (r = -0,27, p < 0,01) et à la communication à propos du cancer (r = -0,19, p < 0,05). Les symptômes dépressifs rapportés par les hommes sont aussi corrélés négativement à la communication à propos du cancer (r = -0,40, p < 0,001), de même qu'avec la satisfaction face à leur communication conjugale (r = -0,27, p < 0,01).

Trois niveaux de communication ont été établis à partir des moyennes des résultats individuels aux deux échelles de fréquence de communication : les participants dont la moyenne est inférieure à 3,5 sont identifiés comme présentant une communication « passable » (et non mauvaise, puisque leur résultat moyen est supérieur au point milieu -3- de l'échelle de réponse en cinq points). Les répondants dont la moyenne se situe entre 3,50 et 3,99 présentent un niveau de « bonne » communication. Enfin, le niveau de « très bonne »

Tableau 2. Moyennes aux échelles de communication conjugale et de dépression selon le sexe

| Échelles | Femmes | | Hommes | | test t |
|--------------------------------------|---------|------------|---------|------------|--------|
| | Moyenne | Écart type | Moyenne | Écart type | |
| Satisfaction face à la communication | 3,96 | 1,09 | 4,12 | 0,92 | -1,23 |
| Communication générale (PCI) | 3,79 | 0,53 | 3,68 | 0,52 | 1,52 |
| Communication à propos du cancer | 4,44 | 0,55 | 4,34 | 0,54 | 1,41 |
| Symptomatologie dépressive (CES-D) | 15,74 | 11,24 | 10,58 | 8,17 | 3,89* |

*p < 0,001.

Tableau 3. Symptômes dépressifs par niveau de communication conjugale générale selon le sexe

| Partenaires | Communication conjugale générale | | | | | | | | | F |
|-------------|----------------------------------|-------|------|-------|------|------|------------|-------|------|-------|
| | Passable | | | Bonne | | | Très bonne | | | |
| | M | ÉT | (N) | M | ÉT | (N) | M | ÉT | (N) | |
| Femmes | 19,51 | 11,71 | (31) | 16,38 | 9,84 | (34) | 12,92 | 11,37 | (46) | 3,37* |
| Hommes | 10,91 | 6,63 | (32) | 11,43 | 9,47 | (47) | 9,26 | 7,44 | (27) | 0,61 |
| Total | 15,15 | 10,35 | (63) | 13,51 | 9,88 | (81) | 11,57 | 10,20 | (73) | 2,13 |

M : moyenne des symptômes dépressifs ; ÉT : écart-type ; N : nombre
*p < 0,05.

communication comprend les participants dont la moyenne est égale ou supérieure à 4,00.

Le tableau 3 présente la moyenne des symptômes dépressifs selon ces trois niveaux, pour la communication générale. Ainsi, 63 sujets (29 % de l'échantillon total dont la moitié de femmes) sont des communicateurs passables, 81 (37 %, dont 42 % de femmes) sont de bons communicateurs et 73 (34 %, dont 63 % de femmes) sont de très bons communicateurs. Même si les moyennes des femmes et des hommes ne diffèrent pas significativement, plus de femmes que d'hommes sont considérées de très bonnes communicatrices selon cet indice ($X^2 = 5,80$; $p < 0,02$).

Les niveaux de fréquence de communication générale à l'intérieur du couple révèlent pour les patientes des moyennes de symptomatologie dépressive différentes ($p < 0,05$) : plus fréquente est la communication conjugale, moins importante est la symptomatologie dépressive. Les patientes dont la communication est « passable » rapportent significativement plus de symptômes que celles des deux autres groupes ($F = 2,08$; $p < 0,05$), leur moyenne ($M = 19,5$) les catégorisant nettement comme à risque de dépression. Chez les hommes, la symptomatologie dépressive ne se différencie pas selon la fréquence de la communication générale.

Selon les résultats de l'échelle mesurant la fréquence de la communication conjugale à propos du cancer (tableau 4), 20 participants (9 % de l'échantillon, dont la moitié de patientes) sont des communicateurs passables, 21 (10 %, dont la moitié des patientes) sont de bons communicateurs et 179 (81 %, dont environ la moitié de patientes) sont des très bons communicateurs. Lorsque l'on compare les tableaux 3 et 4, il y a deux fois plus de répondants très bons communicateurs à propos du cancer qu'à propos de leur communication en général (81 % versus 34 %).

Pour l'ensemble des répondants, les symptômes dépressifs diffèrent selon la fréquence de la communication conjugale portant sur le cancer ($p < 0,001$). Ceux dont la communication à propos du cancer est passable rapportent significative-

ment plus de symptômes dépressifs que l'ensemble des autres participants ($p < 0,001$), tant chez les patientes ($p < 0,05$) que chez leurs conjoints ($p < 0,001$). Le niveau moyen de symptômes de ces patientes ($M = 23,7$) et de leur conjoint ($M = 20,7$) les catégorise clairement comme à risque de dépression.

Discussion

Au niveau socio-démographique, l'échantillon recruté paraît similaire à l'ensemble des couples québécois. Par exemple, le statut occupationnel des participants ressemble à celui de la population québécoise : une proportion plus importante de femmes tiennent maison, une proportion plus élevée d'hommes occupent un emploi et un nombre semblable d'hommes et de femmes sont sans emploi ou retraités [43]. La proportion de répondants nés hors du Canada est comparable à celle observée dans le quartier multi-ethnique desservi par la clinique où la recherche a été principalement menée.

Lorsque l'on compare la communication conjugale selon les deux échelles utilisées, la communication à propos du cancer s'avère beaucoup plus fréquente que la communication générale : l'indice de communication à propos du cancer, que nous avons élaboré, permet en effet d'identifier deux fois plus de très bons communicateurs que l'indice de communication générale. En tant que menace directe à la vie, le cancer paraît ainsi constituer un sujet très fréquent de conversation dans le couple. Gotcher [18] souligne d'ailleurs que, pour bien s'adapter à leur maladie, les patients doivent pouvoir en discuter librement, aussi souvent qu'ils le souhaitent.

La première hypothèse, fondée sur les conclusions de Mormont [6], Manne [7], Northouse et Swain [8] et Giese-Davis et al. [9], stipulait que la femme atteinte de cancer présenterait un niveau de symptomatologie dépressive semblable à celui de son conjoint. Cette hypothèse est infirmée : au moment de l'entrevue, les patientes rapportent plus de symptômes dépressifs que les conjoints. Ces résultats, comme ceux

Tableau 4. Symptômes dépressifs par niveau de communication conjugale à propos du cancer selon le sexe

| Partenaires | Communication conjugale à propos du cancer | | | | | | | | | F |
|-------------|--|-------|------|-------|-------|------|------------|-------|-------|---------|
| | Passable | | | Bonne | | | Très bonne | | | |
| | M | ÉT | (N) | M | ÉT | (N) | M | ÉT | (N) | |
| Femmes | 23,69 | 10,33 | (10) | 12,03 | 13,49 | (11) | 15,32 | 10,77 | (91) | 3,29* |
| Hommes | 20,69 | 8,1 | (10) | 10,8 | 8,56 | (10) | 9,4 | 7,38 | (88) | 10,03** |
| Total | 22,19 | 9,2 | (20) | 11,45 | 11,15 | (21) | 12,41 | 9,7 | (179) | 9,34** |

M : moyenne des symptômes dépressifs ; ÉT : écart-type ; N : nombre
*p < 0,05 ; **p < 0,001.

de Hoskins [10] ou de Northouse *et al.* [11], semblent cependant logiques. Une première raison est que le cancer menace directement la vie et l'intégrité physique de la personne qui en est atteinte. La seconde raison est d'ordre psychosociologique : les répondantes de sexe féminin tendent généralement à rapporter un plus grand nombre de symptômes que les hommes. Selon l'Institut de la statistique du Québec [43], plus de femmes que d'hommes dans la population québécoise révèlent un niveau élevé de détresse psychologique. Radloff et Locke [42] ont aussi montré que, parmi les gens mariés, les femmes présentent des moyennes au CES-D supérieures à celles des hommes. Les hypothèses les plus fréquemment avancées pour expliquer cette disparité font référence aux conditions biologiques de la femme et à la socialisation de l'enfant de sexe féminin, davantage encouragée à être en contact avec ses émotions et à les exprimer.

Nos résultats montrent aussi que, pendant le mois qui a suivi leur chirurgie du sein, presque la moitié des patientes (47 %) sont à risque sérieux de dépression, un taux deux fois plus élevé que dans la population générale. Le niveau de symptomatologie dépressive rapporté par les conjoints est néanmoins semblable à celui des hommes de la population générale, un résultat aussi constaté par Hagedoorn *et al.* [40].

La seconde hypothèse est confirmée : une communication conjugale moins fréquente est associée à une symptomatologie dépressive plus élevée au cours du mois qui suit l'intervention chirurgicale. Cela est particulièrement vrai des patientes chez qui la symptomatologie dépressive est associée à une communication passable à propos du cancer ainsi qu'à une communication passable en général alors que, chez les conjoints, elle est associée seulement à une communication passable à propos du cancer. Notons que ces derniers manifestent un niveau de symptomatologie dépressive aussi élevé que celui des patientes. Le conjoint et la patiente qui rapportent un niveau passable de communication à propos du

cancer sont donc tous deux à risque sérieux de dépression. En conséquence, le fait pour la patiente et son conjoint de communiquer fréquemment à propos du cancer semble associé à un effet bénéfique, c'est-à-dire à un niveau de symptomatologie dépressive qui reflète celui de la population générale.

Même si la présente étude est l'une des premières, à notre connaissance, à mesurer directement la fréquence de la communication dans le couple dont la femme est atteinte de cancer du sein, il est clair qu'une mesure quantitative de communication est moins riche qu'une analyse qualitative de discours. Pistrang *et al.* [44] ont eu recours à cette dernière méthodologie pour examiner les interactions verbales de trois couples (seulement) afin d'étudier les différentes dimensions du soutien que les conjoints s'offrent mutuellement quand la patiente est atteinte de cancer du sein.

Une autre limite de la présente étude découle du fait qu'elle ne permet pas d'établir de direction de causalité entre fréquence de communication conjugale et symptomatologie dépressive. Il est probable que le fait de ne pas communiquer à propos du cancer ait comme conséquence un niveau dépressif élevé, mais il est aussi probable que les personnes dépressives soient moins portées à communiquer avec leur entourage. Une étude longitudinale ou bien l'obtention de données antérieures au cancer permettrait de clarifier la direction du lien entre communication et symptomatologie dépressive.

Conclusion

Nos résultats démontrent une relation claire entre la communication conjugale, surtout à propos du cancer, et les symptômes dépressifs au cours du mois suivant la chirurgie. L'étude ne permet cependant pas d'établir la direction de causalité entre fréquence de communication conjugale et symptomatologie dépressive. ▼

Méthodologie

Participants

L'échantillon comprend 120 patientes ayant subi une chirurgie pour un cancer du sein (stade I ou II) dans le mois qui a précédé l'entrevue et 109 de leurs conjoints. La très grande majorité des patientes éligibles (88 %) ont été recrutées de façon consécutive, selon le registre des tumeurs d'un hôpital général de Montréal, de mai 1998 à juin 2000. Les autres participantes (12 %) ont été référées par trois cliniques d'oncologie de Montréal.

Pour répondre aux critères d'inclusion, la patiente devait être mariée ou vivre en couple avec un conjoint depuis plus d'un an, ne jamais avoir eu de cancer précédemment, être âgée de moins de 70 ans et habiter la région de Montréal métropolitain. Après avoir reçu une lettre présentant l'étude, les patientes éligibles ont été contactées par téléphone pour vérifier si elles répondaient aux critères et pour les inviter, elles et leur conjoint, à participer à l'étude. Les couples consentants étaient interviewés à leur convenance, à leur domicile ou à la clinique, au moment qui leur était propice, après avoir chacun signé un formulaire de consentement. Si les deux conjoints étaient interviewés en même temps, ils l'étaient par des interviewers différents. Les participants ont été interviewés en moyenne 33 jours après la chirurgie de la patiente, une tumorectomie (87 %) pour la plupart d'entre elles.

Pendant la période de recrutement, 58 % des patientes se sont avérées non éligibles (31 % en raison de leur statut marital, 25 % en raison de leur âge et 2 % du fait qu'elles habitaient à l'extérieur de la grande région de Montréal). Parmi les 285 patientes éligibles, 23 % n'ont pas pu participer en raison du fait qu'elles ne parlaient pas français ou anglais, 35 % ont refusé (soit par manque de temps ou d'envie de parler de la maladie) et 42 % (n = 120) ont accepté de participer à l'étude.

Instruments

Les données socio-démographiques suivantes ont été recueillies : âge des répondants, scolarité, occupation, pays d'origine, durée du séjour au Canada, durée de l'union, nombre et âge des enfants. Trois échelles différentes ont permis d'évaluer autant de dimensions de la communication. Comme Gotcher [18] et Navran [25] le soulignent, la fréquence des interactions verbales est, d'une part, une mesure opérationnelle et, d'autre part, la dimension la plus utilisée pour évaluer la qualité de la communication conjugale. Nous avons donc eu recours à deux échelles évaluant la fréquence de la communication dans le couple, soit la communication en général, soit celle à propos du cancer. La troisième échelle mesure la satisfaction des deux partenaires envers leur communication conjugale.

Comme le *Marital Communication Inventory* de Bienvenu [26] reflète plus la considération envers le conjoint que la communication elle-même [27, 28], la communication générale dans le couple a été mesurée à l'aide du *Primary Communication Inventory* (PCI). Selon Navran [25], cette échelle de 25 items évalue « la communication dans le mariage », à partir de la fréquence des comportements de communication (verbale et non verbale) et de la discussion ou de l'évitement de sujets quotidiens de la vie conjugale. Baucom et Adams [29] décrivent cette échelle comme une mesure permettant d'obtenir un « score de communication globale pour chaque conjoint », tandis que O'Leary et Turkewitz [30] ont démontré sa validité avec des couples en thérapie familiale.

Le PCI comprend des questions comme « Parlez-vous avec votre conjoint des choses agréables qui se sont passées dans la journée ? », « Discutez-vous ensemble avant de prendre une décision importante ? » ou « Parlez-vous avec votre conjoint de problèmes personnels ? ». La formulation de chaque question est adaptée au répondant (patiente ou conjoint) et les réponses sont cotées selon une échelle en cinq points : jamais (1), rarement (2), à l'occasion/parfois (3), souvent (4) et très souvent (5). La traduction française a été élaborée par Provost [31] et reprise par Aubé [32]. Dans notre étude, le coefficient de consistance interne est très élevé ($\alpha = 0,90$).

Afin d'évaluer la fréquence de la communication à propos du cancer lui-même, nous avons élaboré six questions traitant de la communication à propos du cancer : fréquence des échanges verbaux au sujet des visites chez le médecin, des préoccupations, des sentiments suscités par le cancer du sein et de la liberté de pouvoir en parler. Les sujets répondent, sur la même échelle de réponse en cinq points que le PCI, à des questions comme « Avez-vous parlé avec votre conjoint de vos récentes visites chez le docteur ? » ou « Si votre conjoint voulait discuter de ce sujet avec vous, vous est-il arrivé de changer de sujet et de parler d'autre chose ? ». Le coefficient de consistance interne de cette échelle de six items est modéré ($\alpha = 0,62$).

La satisfaction à l'égard de la communication maritale est mesurée avec une échelle élaborée aussi pour les besoins de la recherche, comprenant trois questions : « En général, la communication avec votre conjoint est d'après vous : excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise ? », « Êtes-vous satisfaite de la qualité générale de votre communication avec lui ? » et « Sur une échelle de 0 à 10, où 10 = excellent, comment évaluez-vous la qualité générale de la communication avec lui ? ». En ramenant ces trois réponses à une échelle de cinq points, le coefficient alpha ($\alpha = 0,94$) révèle une très forte consistance interne de cette échelle de satisfaction à l'égard de la communication maritale.

Diverses recherches soulignent que la symptomatologie dépressive est un indicateur de l'état d'ajustement au cancer du sein [33-35]. Ainsi, Bukberg et al. [34] ont établi que 42 % de patients hospitalisés atteints de cancer présentaient un diagnostic de dépression majeure (selon les critères du DSM-III), tandis que Breitbart et al. [33] ramènent ce pourcentage à 17 % chez un même type de patients, à partir des critères du DSM-IV. D'autre part, Carroll et al. [35] ont souligné que la prévalence de la dépression pouvait varier entre 5 et 58 % chez des patients atteints de cancer.

Afin donc d'évaluer le niveau de symptomatologie dépressive, la mesure de dépression du *Center for Epidemiologic Studies* (CES-D) a été utilisée [36]. Plusieurs études ont confirmé les propriétés psychométriques de cet instrument, un outil précieux pour identifier les groupes de sujets à risque de dépression [37] et pour étudier les relations entre les symptômes dépressifs et diverses variables [38, 39]. Hagedoorn et al. [40] ont récemment utilisé cette échelle pour mesurer la détresse psychologique de patients atteints de cancer et celle de leur conjoint. Les réponses aux 20 questions du CES-D sont notées sur une échelle en 4 points : jamais (0), parfois (1), modérément (2) et presque tout le temps (3). La consistance interne de l'échelle dans la présente étude ($\alpha = 0,90$) est très élevée et semblable à celle obtenue dans l'étude précédente de Lasry et Margolese [41] avec des patientes ayant aussi un cancer du sein.

Remerciements. Les auteurs tiennent à exprimer leur reconnaissance à l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein, qui a rendu possible la réalisation de cette recherche grâce à son soutien financier. Ils remercient aussi les patientes et leurs conjoints qui ont accepté de participer à l'étude, ainsi que le personnel des cliniques du sein de l'Hôpital général juif et de l'Hôpital Royal Victoria pour leur collaboration dévouée.

RÉFÉRENCES

1. Institut National du Cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2002*. Toronto : Institut national du Cancer du Canada, 2002.
2. Baider L, Cooper CL, Kaplan De-Nour A. *Cancer and the family*. Chichester, NY : John Wiley, 1996.
3. Keitel MA, Cramer SH, Zevon MA. Spouses of cancer patients: a review of the literature. *J Counsel Develop* 1990 ; 69 : 163-6.
4. Manne S. Couples coping with cancer: research issues and recent findings. *J Clin Psychol Med Settings* 1994 ; 1 : 317-30.
5. Peleg-Oren N, Sherer M. Cancer patients and their spouses: gender and its effect on psychological and social adjustment. *J Health Psychol* 2001 ; 6 : 329-38.
6. Mormont C. L'impact psychologique du cancer sur l'entourage : une revue. *Ann Médico-Psychol* 1992 ; 150 : 537-55.
7. Manne S. Cancer in the marital context: a review of the literature. *Cancer Invest* 1998 ; 16 : 188-202.
8. Northouse LL, Swain MA. Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Am J Nursing* 1987 ; 36 : 221-5.

9. Giese-Davis J, Hermanson K, Koopman C, Weibel D, Spiegel D. Quality of couples' relationships and adjustment to metastatic breast cancer. *J Family Psychol* 2000 ; 14 : 251-66.
10. Hoskins CN. Adjustment to breast cancer in couples. *Psychological Reports* 1995 ; 77 : 435-54.
11. Northouse LL, Templin T, Mood D, Oberst M. Couples' adjustment to breast cancer and benign breast disease: a longitudinal analysis. *Psycho-Oncology* 1998 ; 7 : 37-48.
12. Fincham FD, Fernandes LOL, Humphreys K. *Communicating in relationships. A guide for couples and professionals*. Champaign, IL: Research Press, 1993.
13. Brugère J, Louvard N. Qualité de vie des cancéreux ORL. *Bull Cancer* 1986 ; 75 : 634-40.
14. Libert Y, Conradt S, Reynaert C, Janne P, Tordeurs D, Delvaux N, et al. Améliorer les stratégies de communication des médecins en oncologie : état des lieux et perspectives futures. *Bull Cancer* 2001 ; 88 : 1167-76.
15. Saltel P, Gauvain-Piquard A, Landry-Datée N. L'information de la famille d'un patient adulte atteint de cancer. *Bull Cancer* 2001 ; 88 : 399-405.
16. Walsh-Burke K. Family communication and coping with cancer. *J Psychosocial Oncol* 1992 ; 10 : 63-81.
17. Northouse PG, Northouse LL. Communication and cancer: issues confronting patients, health professionals, and family members. *J Psychosocial Oncol* 1987 ; 5 : 17-46.
18. Gotcher JM. Interpersonal communication and psychosocial adjustment. *J Psychosocial Oncol* 1992 ; 10 : 21-39.
19. Vess JD, Moreland JR, Schwebel AI, Kraut E. Psychosocial needs of cancer patients: learning from patients and their spouses. *J Psychosocial Oncol* 1988 ; 6 : 31-51.

20. Lichtman RR, Wood JV, Taylor SE. Social support and marital adjustment after breast cancer. *J Psychosocial Oncol* 1987 ; 5 : 47-74.
21. Zahlis EH, Shands ME. Breast cancer: demands of the illness on the patient's partner. *J Psychosocial Oncol* 1991 ; 9 : 75-93.
22. Skerrett K. Couple adjustment to the experience of breast cancer. *Families, Systems, Health* 1998 ; 16 : 281-98.
23. Carlson LE, Bultz BD, Specia M, St-Pierre M. Partners of cancer patients. Part 1. Impact, adjustment, and coping across illness trajectory. *J Psychosocial Oncol* 2000 ; 18 : 39-63.
24. Walker BL. Adjustment of husbands and wives to breast cancer. *Cancer Practice* 1997 ; 5 : 92-8.
25. Navran L. Communication and adjustment to marriage. *Family Process* 1967 ; 6 : 173-84.
26. Bienvenu SMJ. Marital communication inventory. In: Fredman N, Sherman R, eds. *Handbook of measurements for marriage and family therapy*. New York: Brunner Mazel, 1987 : 103-5.
27. Schumm WR, Anderson SA, Griffin CL. The marital communication inventory. In: Filsinger EE, eds. *Marriage and family assessment. A sourcebook for family therapy*. Beverly Hills, CA : Sage, 1983 : 191-208.
28. Schumm WR, Race GS, Morris JE, Anderson SA, Griffin CL, McCutchen MB, et al. Dimensionality of the marital communication inventory and marital conventionalization: a third report. *Psychological Reports* 1981 ; 48 : 163-71.
29. Baucom DH, Adams AN. Assessing communication in marital interaction. In: O'Leary KD, ed. *Assessment of marital discord*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1987 : 139-81.
30. O'Leary DK, Turkewitz H. Marital therapy from a behavioral perspective. In: Paolino TI, McCrady BS, eds. *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral and systems theory perspectives*. New York: Brunner/Mazel, 1978 : 240-97.
31. Provost G. *Étude comparative de la communication chez des couples de classe favorisée et moyenne*. Université de Montréal, 1980 ; 87 p.
32. Aubé N. *Le fonctionnement du couple d'après son niveau socio-économique*. Université de Montréal, 1981 ; 246 p.
33. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H. Depression, helplessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 2000 ; 284 : 2907-11.
34. Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic Med* 1984 ; 46 : 199-212.
35. Carroll BT, Kathol RG, Noyes JR, Wald TG, Clamon GH. Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry* 1993 ; 15 : 69-74.
36. Radloff SL. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977 ; 1 : 385-401.
37. Santor DA, Zuroff DC, Ramsey JO, Cervantes P, Palacios J. Examining scale discriminability in the BDI and the CES-D as a function of depressive severity. *Psychological Assessment* 2000 ; 7 : 131-9.
38. Turner JR, Noh S. Physical disability and depression: a longitudinal analysis. *J Health Social Behavior* 1988 ; 29 : 23-37.
39. Weissman MM, Sholomskas D, Portenger M, Prusoff BA, Locke BZ. Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. *Am J Epidemiol* 1977 ; 106 : 203-14.
40. Hagedoorn M, Buunk BP, Kuijer RG, Wobbes T, Sanderman R. Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psycho-Oncology* 2000 ; 9 : 232-42.
41. Lasry JCM, Margolese RG. Fear of recurrence, breast conserving surgery and the trade-off hypothesis. *Cancer* 1992 ; 69 : 2111-5.
42. Radloff LS, Locke BZ. The community mental health assessment survey and the CES-D scale. In: Weissman M, Myers JK, Ross CE, eds. *Community surveys of psychiatric disorders*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1986 : 177-89.
43. Daveluy C, Pica L, Audet N, Courtemanche R, Lapointe Fea. *Enquête sociale et de santé 1998 (2^e édition)*. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2000.
44. Pistrang N, Barker C, Rutter C. Social support as conversation: analysing breast cancer patients' interactions with their partners. *Social Science and Medicine* 1997 ; 45 : 773-82.