

Les besoins psychosociaux des conjoints de personnes atteintes d'un cancer : évaluation de l'efficacité de la résolution de problèmes en présence ou non du patient

Charlotte GREGOIRE (M.S.), Isabelle BRAGARD (Ph.D), Anne-Marie ETIENNE (Ph.D)
Unité de psychologie de la santé, Université de Liège, Liège (Belgique)

Introduction

Le conjoint est la principale source de soutien pour le patient (Libert et al., 2006). Or, cela peut avoir sur lui diverses conséquences, notamment un sentiment de surcharge (Hartman, 2007), une impression d'injustice (Ybema et al., 2001) et de la détresse (Schmid-Büchi, 2011 ; Thomas et al., 2001). Les conjoints souffrent également de besoins psychosociaux insatisfaits (Thomas et al., 2001 ; Wagener, 2012). Ceux-ci concernent principalement des problématiques émotionnelles ou spirituelles, des contraintes pratiques ou des problèmes relatifs à l'identité (Thomas et al., 2001). Par ailleurs, les conjoints affirment ressentir un manque d'aide et de soutien de la part des professionnels de la santé (Schmid-Büchi, 2011).

Malgré tout, la majorité des services de soins sont destinés aux patients alors que les conjoints souhaiteraient en profiter également (Northouse et al., 2002). Ainsi, leur prise en charge est peu systématisée et documentée. Des interventions comme la hiérarchisation des besoins psychosociaux et la résolution de problèmes, mise au point par D'Zurilla et Nezu (2007), ont néanmoins montré des effets positifs sur la détresse et les besoins des conjoints de personnes atteintes d'un cancer (Wagener, 2012).

Objectifs

Cette étude vise à évaluer si :

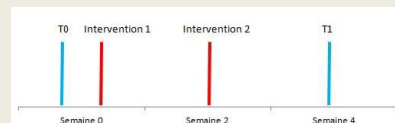
1. La combinaison des deux interventions (hiérarchisation des besoins et résolution de problèmes) produit des résultats différents selon que le conjoint est accompagné ou non du patient dans la démarche. Nous faisons l'hypothèse que l'impact sera davantage positif chez les conjoints qui sont accompagnés par leur partenaire.
2. L'intervention a un impact sur les patients, que l'on suppose différent selon le groupe.
3. Le fait d'être accompagné ou non du patient va influencer le choix du besoin principal par le conjoint.

Méthode

PARTICIPANTS : Vingt-trois couples dont un des conjoints est atteint du cancer ont été randomisés en 2 groupes : le groupe expérimental, dans lequel le patient participait activement à la méthode d'action (GE, N = 12), et le groupe contrôle, dans lequel le conjoint était seul (GC, N = 11).

DESIGN EXPÉRIMENTAL : Cette étude adopte une perspective longitudinale : les participants sont évalués à deux reprises, avant et après l'intervention.

Figure 1 : Design expérimental



QUESTIONNAIRES :

-T0 : Questionnaire de données sociodémographiques (Wagener, 2012)

-T0 & T1 (conjoints) : Psychosocial Needs Inventory – PNI (Thomas et al., 2001) ; Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS (Zigmond & Snaith, 1983) ; Perception Of Inequity – POI (Kuijet et al., 2004)

-T0 & T1 (patients) : Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS (Zigmond & Snaith, 1983) ; Perception Of Inequity – POI (Kuijet et al., 2004) ; Echelle de Partage Social des Emotions – PSE (Rimé, 1989)

INTERVENTIONS :

1. Hiérarchisation des besoins psychosociaux sur base du PNI
2. Résolution de problèmes appliquée au besoin le plus important et le moins satisfait

ANALYSES STATISTIQUES : Des ANOVA à mesures répétées ont été réalisées pour évaluer l'évolution des besoins psychosociaux et du profil psychologique des deux partenaires. Des tests t de Student ont été administrés pour évaluer les différences entre les deux groupes au T0. Enfin, des corrélations ont également été réalisées.

Résultats

Impact sur les conjoints

Données quantitatives : Après l'intervention, on note une amélioration de la satisfaction liée au besoin sélectionné ($F = 19,94$; $p = .000$), mais pas de diminution significative de la détresse ($F = 2,44$; $p = .135$). Nous ne notons aucune différence significative en fonction du groupe pour ces variables.

Données qualitatives : La solution choisie majoritairement est un maintien du fonctionnement actuel dans le GE (54,55%) et une recherche d'informations dans le GC (36,36%). 57% des conjoints rapportent une expérience positive après l'intervention (bienfaits du dialogue, changement comportemental...) mais celle-ci est toujours davantage rapportée dans le GC que dans le GE (70% contre 45,45%).

Impact sur les patients

Le sentiment de sous-investissement et de sur-bénéfice ressenti par les patients a diminué après l'intervention ($F = 9,02$; $p = .007$), bien que l'on ne note aucune différence significative entre les groupes.

Les patients du GE observent par ailleurs une diminution des réactions aidantes de leur conjoint envers eux, alors que c'est l'inverse dans le GC ($F = 7,80$; $p = .012$).

BESOINS SÉLECTIONNÉS PAR LES CONJOINTS POUR LA RÉSOLUTION DE PROBLÈMES : ils sont principalement émotionnels et spirituels (47,83%) et relatifs aux informations (17,39%). On ne note aucune différence significative entre les groupes.

Conclusions et discussion

Les interventions proposées ont un effet positif sur les deux partenaires : chez le conjoint elles permettent d'améliorer la satisfaction relative à un besoin précis, tandis qu'elles aident le patient à se sentir moins sous-investi dans la relation. Néanmoins, la présence du patient lors des interventions n'a pas conduit à des différences marquantes, aussi bien à son niveau qu'à celui de son partenaire sain. Certaines données qualitatives sont d'ailleurs en faveur d'une prise en charge individuelle des conjoints de personnes atteintes d'un cancer. Il pourrait être utile de repenser le design expérimental en proposant une prise en charge individuelle à certains moments de la maladie, et une prise en charge de couple à d'autres. De plus, un échantillon plus important nous permettrait de tirer davantage de conclusions significatives.

A noter que la résolution de problèmes n'est pas la seule méthode d'action disponible pour améliorer le vécu des conjoints. Des modules de psychoéducation, de groupes de soutien ou un suivi individuel sont autant d'options à envisager lors de recherches futures, surtout quand on sait qu'une partie importante des besoins relatés sont de type émotionnel. Par ailleurs, le design expérimental utilisé lors de cette recherche pourrait sans difficulté être étendu à différentes autres maladies chroniques.