

L'intolérance à l'incertitude du partenaire d'une personne atteinte d'un cancer et ses liens avec le soutien conjugal

Auteur : Delvenne, Hélène

Promoteur(s) : Vander Haegen, Marie; Etienne, Anne-Marie

Faculté : par la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/24744>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative" (BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'œuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-dessus (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Unité de Psychologie de la Santé

Promotrices : **Marie VANDER HAEGEN & Anne-Marie ETIENNE**

Lectrices : **Aurélie WAGENER & Maud BILLET**

L'intolérance à l'incertitude du partenaire d'une personne atteinte d'un cancer et ses liens avec le support conjugal

Mémoire présenté par **DELVENNE Hélène**

en vue de l'obtention du grade de **Master en Sciences Psychologiques**

Année académique 2024-2025

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier ma promotrice, Madame Marie Vander Haegen, Docteure en Sciences Psychologiques et Professeure qui m'a suivie durant ces deux années de Master. Je la remercie pour sa disponibilité, ses conseils et ses connaissances qui m'ont permis de réaliser ce mémoire. Je tiens également à remercier Madame Anne-Marie Etienne, Docteure en Sciences Psychologiques, qui a accepté que je réalise mon mémoire au sein de l'unité de Psychologie de la Santé.

Je tiens à remercier les lectrices de ce mémoire, Mesdames Aurélie Wagener et Maud Billet pour le temps consacré à ce travail.

Je remercie le Centre Hospitalier Universitaire de Liège et plus particulièrement le Docteur Guy Jérusalem, chef du service d'oncologie, qui m'a permis de m'introduire au sein des différents services d'oncologie. Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels de la santé pour leur aide qui m'a aidé à réaliser cette étude.

Enfin, il va de soi que je remercie également les conjoints de patients qui ont accepté de consacrer du temps à mon étude et sans qui ce travail n'aurait jamais pu se réaliser.

Je n'oublie pas de remercier mes proches et plus particulièrement mes parents qui m'ont toujours soutenue depuis le début de mes études de psychologie, et même au-delà de mon parcours scolaire, dans ma vie de façon générale. Je suis profondément reconnaissante de leur soutien et de leur amour inconditionnel qu'ils me portent depuis toujours. J'aimerais aussi remercier ma sœur, Flore, qui a toujours été présente pour moi dans les bons et les mauvais moments et qui sait toujours comment me donner confiance en moi et me remonter le moral lorsque des difficultés se présentent. La complicité que j'ai avec elle est la chose la plus précieuse à mes yeux.

Je remercie mes amies, avec qui j'ai pu traverser ces années à l'université, qui m'ont soutenue et encouragée.

J'ai également une pensée particulière envers mes deux grands-mères, qui veillent sur moi de là-haut, et qui, je l'espère, sont fières de moi et de ce travail que je leur dédie.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
I. REVUE DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE	2
1. Le cancer.....	2
1.1 La situation actuelle en chiffres.....	2
1.2 L'évolution du cancer chez l'adulte.....	4
1.3 La psycho-oncologie.....	6
1.4 Le rôle et les besoins du proche aidant.....	8
2. La dynamique de couple et le conjoint.....	11
2.1 Le soutien conjugal.....	12
2.2 L'ajustement dyadique.....	13
2.3 La dynamique du couple face à la maladie.....	14
3. L'anxiété et la dépression.....	15
3.1 L'anxiété.....	15
3.2 La dépression.....	16
3.3 Comorbidités entre la dépression et l'anxiété.....	17
3.4 La détresse psychologique, le soutien conjugal et l'ajustement dyadique chez les partenaires de personnes atteintes d'un cancer.....	17
4. L'intolérance à l'incertitude et ses variables associées.....	19
4.1 Le modèle et les définitions de l'intolérance à l'incertitude.....	19
4.2 Les facteurs de risque et de maintien de l'intolérance à l'incertitude.....	20
4.3 Les facteurs de protection de l'intolérance à l'incertitude.....	20
4.4 L'intolérance à l'incertitude au sein du couple dans le contexte oncologique.....	21
II. METHODOLOGIE	22
1. Objectifs de la recherche.....	22
2. Question de recherche.....	23
3. Hypothèses principales et sous-hypothèses.....	23
3.1 Première hypothèse.....	24
3.2 Deuxième hypothèse.....	24
3.3 Troisième hypothèse.....	24
3.4 Quatrième hypothèse.....	25
4. Échantillon et recrutement.....	25

4.1 Éthique.....	25
4.2 Modalité de recrutement et passation.....	26
4.3 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	26
5. Outils.....	27
5.1 Données sociodémographiques.....	27
5.1.1 <i>Questionnaire sociodémographique</i>	27
5.2 Données relatives à l'intolérance à l'incertitude (et ses processus associés).....	28
5.2.1 <i>Questionnaire d'intolérance à l'incertitude (QII ; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas & Ladouceur, 1994)</i>	28
5.2.2 <i>Questionnaire d'attitudes face aux problèmes (QAP ; Gosselin, Ladouceur, & Pelletier, 2005)</i>	28
5.2.3 <i>Questionnaire « pourquoi s'inquiéter » (version 2) (PSI-II ; Gosselin et al. 2003)</i>	28
5.2.4 <i>Questionnaire d'évitement cognitif (QEC ; Gosselin et al. 2002)</i>	29
5.2.5 <i>Questionnaire « Mini-Cambridge Exeter Repetitive Thought Scale » (Mini CERTS ; Douillez et al. 2014)</i>	29
5.3 Données relatives à l'anxiété et la dépression.....	30
5.3.1 <i>Échelle « Hospital Anxiety and Depression Scale » (HADS ; Zigmond & Snaith, 1983)</i>	30
5.4 Données relatives au soutien conjugal et à l'ajustement dyadique.....	30
5.4.1 <i>Inventaire d'ajustement dyadique (Dyadisches Coping Inventar ; DCI)</i>	30
5.4.2 <i>Questionnaire de soutien conjugal (QSC ; Brassard et al., 2011)</i>	32
6. Types de données recueillies et traitement statistique.....	32
III. RESULTATS	33
1. Statistiques descriptives.....	33
1.1 Données sociodémographiques.....	33
1.2 Données relatives aux différents questionnaires proposés.....	34
2. Normalité des données.....	37
3. Statistiques inférentielles.....	39
3.1 Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent l'intolérance à l'incertitude et ses variables associées.....	40
3.1.1 <i>Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent l'intolérance à l'incertitude</i>	40

3.1.2 <i>Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent les attitudes face aux problèmes</i>	41
3.1.3 <i>Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent les croyances positives concernant l'inquiétude</i>	41
3.1.4 <i>Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent l'évitement cognitif</i>	42
3.1.5 <i>Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent les pensées concrètes expérientielles</i>	42
3.1.6 <i>Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent les pensées abstraites analytiques</i>	43
3.2 Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent les facteurs de détresse psychologique.....	43
3.2.1 <i>Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent les symptômes d'anxiété</i>	44
3.2.2 <i>Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent les symptômes de dépression</i>	45
3.3 L'intolérance à l'incertitude et ses variables associées prédisent les facteurs de détresse psychologique.....	46
3.3.1 L'intolérance à l'incertitude et ses variables associées prédisent l'anxiété..	47
3.3.2 L'intolérance à l'incertitude et ses variables associées prédisent la dépression.....	48
3.4 Liens entre la détresse psychologique et l'intolérance à l'incertitude et ses facteurs associés.....	49
IV. DISCUSSION	51
1. Interprétation des résultats.....	51
1.1 Retour sur la première hypothèse.....	51
1.2 Retour sur la deuxième hypothèse.....	52
1.3 Retour sur la troisième hypothèse.....	53
1.4 Retour sur la quatrième hypothèse.....	54
2. Forces et limites de l'étude.....	55
3. Perspectives futures.....	57
V. CONCLUSION.....	58

BIBLIOGRAPHIE	59
ANNEXES.....	65
Annexe 1.....	65
Annexe 2.....	66
Annexe 3.....	67
Annexe 4.....	68
Annexe 5.....	69
Annexe 6.....	70
Annexe 7.....	71
Annexe 8.....	72
Annexe 9.....	73
Annexe 10.....	74
Annexe 11.....	75
RESUME.....	76

INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies, le nombre de diagnostics de cancer n'a cessé de s'élever en Belgique, passant de 69 000 nouveaux cas de cancer en 2020 à 75 000 en 2021. Actuellement, 4 belges sur 100 vivent avec un diagnostic de cancer (Sciensano, 2024).

La recherche scientifique médicale autour du cancer ne cesse de progresser, elle se diversifie et est étudiée sous différentes approches et dans plusieurs domaines. C'est ainsi que la psychologie s'est naturellement intéressée à l'oncologie au vu des conséquences psychologiques, des symptômes d'anxiété et de la détresse émotionnelle qu'elle provoque chez les patients et leur entourage. La psycho-oncologie s'intéresse aux processus cognitifs, comportementaux et émotionnels qui entrent en jeu dans ce contexte spécifique du cancer et qui viennent impacter le patient.

Cependant, on sait que le cancer n'impacte pas seulement la personne atteinte de cette maladie. Les proches dont le conjoint vivant quotidiennement avec son partenaire malade sont inévitablement impactés par la situation. Malheureusement, la souffrance du partenaire reste peu mise en lumière. Son rôle de proche-aidant est valorisé pour ce qu'il apporte au patient atteint du cancer mais ses inquiétudes sont souvent peu mises en avant puisqu'il a ce rôle de personne ressource, motivante et positive. Il est donc intéressant de « détourner » notre regard souvent uniquement porté sur le patient pour se focaliser sur la souffrance, le stress et l'intolérance à l'incertitude du partenaire.

Ce mémoire a donc comme objectif de porter une attention particulière sur le partenaire et sa souffrance psychologique qui vit, au même titre que la personne malade, dans un contexte d'incertitude de cette pathologie récidivante.

I. REVUE DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

1. Le cancer

Face à l'ampleur et à la diversité des cancers, la lutte s'intensifie sur l'ensemble du continuum de soins. Le terme « cancer » désigne un ensemble de maladies hétérogènes pouvant affecter n'importe quelle partie de l'organisme. Également appelées *néoplasmes* ou *tumeurs malignes*, elles se caractérisent par la prolifération rapide et anarchique de cellules anormales, capables d'envahir les tissus voisins puis de se disséminer vers d'autres organes. Ce processus, nommé *métastase*, constitue la principale cause de mortalité liée à la maladie (Sciensano, 2025).

1.1 La situation actuelle en chiffres

En 2022, le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués (à l'exception des cancers de la peau non-mélanomes) s'élève à 76 220, dont 41 774 nouveaux cas chez les hommes et 34 446 chez les femmes (Sciensano, 2025). Les cancers les plus diagnostiqués dans la population belge sont le cancer de la prostate chez l'homme avec plus de 12 000 cas recensés et le cancer du sein chez la femme, avec plus de 11 000 diagnostics effectués cette année-là. Le cancer des poumons arrive en seconde position avec un taux dépassant les 5 000 cas pour les hommes et 3 000 cas chez les femmes. Le cancer colorectal se place en troisième position. Ces deux types de cancer (colorectal et pulmonaire) occupent la même position aussi bien chez les femmes que chez les hommes (Belgian Cancer Registry, 2024). Les quatre types de cancer (sein, poumon, colorectal, prostate) représentent à eux seuls la moitié des cas (Scheen et al., 2021). Les hommes sont plus atteints d'un cancer que les femmes au-delà de 60 ans, tandis que le cancer féminin prédomine davantage durant la trentaine et la quarantaine (Sciensano, 2024). À l'échelle mondiale, ce sont les cancers du sein, du poumon, colorectal, de la prostate, de la peau (non-mélanome) puis de l'estomac qui sont les plus diagnostiqués en 2020 (OMS, 2022).

Les taux de cancer sont positivement corrélés avec l'âge. Cela s'expliquerait par l'accumulation des facteurs de risques de cancer au cours de la vie et par des mécanismes de régénération des cellules qui perdent de leur efficacité au cours du temps (OMS, 2022). Le taux d'incidence le plus élevé est enregistré chez les personnes de 80 à 84 ans. Avant l'âge de 55 ans, ce sont les femmes qui sont le plus diagnostiquées, contrairement aux hommes qui sont davantage diagnostiqués à un âge avancé (Sciensano, 2025). Les principaux facteurs de risques

du cancer sont le tabagisme, l'alcoolisme, un manque d'activité physique, une mauvaise alimentation et la pollution de l'air (OMS, 2022 ; Scheen et al., 2021).

Dans le rapport de Sciensano de 2021, une précision est apportée sur la prévalence du cancer. Celle-ci dépend du taux de survie de la maladie ainsi que de l'incidence et elle diffère selon le type de cancer. Par exemple, le cancer du poumon a un faible taux de survie et cela implique que l'incidence soit élevée mais avec une prévalence faible. A contrario, les cancers de la prostate et du sein ont un taux de survie et de prévalence importants, ce qui implique une prédominance dans les taux de prévalence (Sciensano, 2024).

En 2021 en Belgique, les trois premières causes de mortalité chez les femmes, tous âges confondus, pour 100 000 habitants, sont les tumeurs (183), classées juste devant les maladies du système circulatoire (180), suivies des maladies mentales et neurologiques (75). Chez les hommes, les tumeurs occupent également la première place (296), devant les maladies du système cardiovasculaire (264), suivies de loin des maladies du système respiratoire (106) (Sciensano, 2024). À l'échelle mondiale, les cancers (cancer de la trachée, cancer bronchique et cancer du poumon) se classent en sixième position concernant les causes de mortalité, avec une augmentation des décès passant d'1.2 million en 2000 à 1.8 million en 2019 (OMS, 2020).

Malgré que les tumeurs soient la première cause de mortalité chez les hommes et les femmes, les progrès médicaux en cancérologie évoluent intensément au fil des années et permettent aux patients d'avoir une qualité de vie la plus satisfaisante possible, malgré la difficulté de guérir entièrement du cancer et d'atteindre une rémission complète (Pettersen, 2014).

À une échelle plus locale, au CHU de Liège, on ressource chaque année environ 3 000 diagnostics de cancer et plus de 3 500 nouveaux patients sont pris en charge par l'ICAB (Institut de Cancérologie Arsène Burny), sans compter les patients qui ne consultent que pour des examens ou des interventions ponctuelles. Au total, cela représente 14 000 patients en suivi actif dans les cinq années qui suivent leur diagnostic de cancer ou une rechute. Bien qu'ils ne constituent qu'une proportion réduite de la patientèle globale du CHU, la prise en charge mobilise environ 15% des consultations, 20% des hospitalisations classiques et 45% des hospitalisations de jour (Scheen et al., 2021).

1.2 L'évolution du cancer chez l'adulte

Le parcours médical du patient n'est pas stable et linéaire. Il se compose d'évolutions, de rechutes et de périodes de stabilisation. La tumeur peut grandir en un laps de temps très bref et se dissiper dans d'autres parties du corps tout comme elle peut rester stable plusieurs années et ne nécessiter qu'un contrôle régulier. (Vena & Copel, 2021). Chaque type de cancer évolue à une vitesse différente et réagit à des traitements différents. Ainsi, le traitement doit toujours être personnalisé aux caractéristiques de chaque cancer (Sciensano, 2025).

Au vu du nombre de rémissions du cancer, cette maladie n'est plus à voir comme conduisant à la mort mais elle doit être pensée de façon à ajuster la qualité de vie du patient afin de s'adapter aux changements et aux conséquences qu'impliquent la maladie et les soins. Le terme de rémission est employé en médecine clinique, plus particulièrement en oncologie pour traduire une diminution des symptômes et de la difficulté physique et psychologique de cette maladie. Un diagnostic de cancer doit être posé, des symptômes physiques et psychologiques doivent être présents sur le long terme et un traitement face au cancer doit être suivi (Vena & Copel, 2021). Le National Cancer Institute désigne la rémission comme « une diminution ou une disparition des signes et symptômes du cancer » (National Cancer Institute, 2020, cité par Vena & Copel, 2021). Pour déterminer si le patient se situe au stade de la rémission, on emploie une méthode de détection des symptômes car celle-ci ne peut se mesurer à l'aide d'un outil de mesure. Dans certains cas, les patients se trouvent en rémission partielle, c'est-à-dire que seule une partie des symptômes liés à la maladie n'est plus présente. (Vena & Copel, 2021).

Les auteurs détaillent trois éléments de la rémission du cancer. Premièrement, ils présentent les antécédents à la rémission. Ils correspondent à un diagnostic de cancer et aux symptômes du cancer. Parmi toutes les études analysées de Vena et Copel (2021), les antécédents les plus souvent décrits sont le diagnostic de cancer donné par un oncologue et le fait d'être malade à cause du cancer. Deuxièmement, les auteurs intègrent les attributions au concept de rémission. Ils sont une étape ou un événement significatif dans le parcours de la maladie du cancer. Plusieurs études (Cesario et al, 2010 ; Thambyrajah et al., 2010, cités par Vena et Copel, 2021) ont mis en avant l'absence de maladie mesurable ou l'absence de symptômes de cancer en tant que facteurs principaux attributifs à la rémission. Troisièmement, on retrouve les conséquences de la rémission dont « l'acceptation, l'appréciation de la vie et des autres, la vision différente de la vie, les défis émotionnels, la communication mal interprétée, l'anxiété persistante, la normalisation, la faiblesse physique, le soutien social réduit, le soulagement et les souvenirs déclenchés » (Vena et Copel, 2021, p. 425). Dans une étude de Parry et al. en 2011, il est montré

que les personnes qui ont survécu au cancer avec le traitement terminé continuent d'être confrontés à des effets indésirables du cancer et du traitement associé, en plus de l'adaptation psychologique du cancer (citée par Vena et Copel, 2021).

La survie chez l'adulte varie selon l'âge de l'individu. En effet, plus on est âgé lorsqu'on reçoit le diagnostic du cancer, moins on a de chance de survivre au cancer (Coureau et al., 2021). Les auteurs attribuent cette différence entre les individus par le fait que le cancer est diagnostiqué à un état plus avancé chez les personnes âgées que chez les jeunes adultes. Cela viendrait de la négligence des signes cliniques, du manque de dépistage, de l'état de santé affaibli de l'individu. Les différences d'âge liées à la survie face au cancer varient selon le type de tumeur. Pour les tumeurs qui touchent le système nerveux central, qu'on appelle tumeurs gliales, le pronostic est meilleur, surtout quand la personne a entre 30 et 50 ans. Cependant, les glioblastomes qui surviennent au-delà de 50 ans sont souvent plus agressifs. Certains cancers sont toutefois plus à risque pour la survie lorsqu'on est un jeune adulte. Le cancer du sein et le cancer de la prostate sont plus dangereux à cause des tumeurs davantage agressives (Coureau et al., 2021).

Pour parvenir à une éventuelle rémission, le patient doit entamer un processus de traitement du cancer. Chaque type de cancer demande un traitement spécifique et adapté. Trois catégories de traitement sont proposées contre le cancer ; la chirurgie, la radiothérapie et/ou un traitement systémique comme la chimiothérapie, un traitement hormonal ou une thérapie biologique ciblée (OMS, 2022). Le protocole de traitement est choisi en fonction des caractéristiques du patient et de son type de cancer. Les objectifs du traitement sont la guérison ou du moins la prolongation de la vie du patient et l'amélioration de la qualité de vie du patient (OMS, 2022). Le traitement de cancers du sein, du col de l'utérus, de la cavité buccale et colorectal mène à une probabilité de guérison importante si le diagnostic n'est pas trop tardif dans le déroulement de la maladie (OMS, 2022).

Dans le cas où le traitement n'est pas ou plus assez efficace pour contrer la maladie, celle-ci réapparaît davantage et la récidive s'installe. Si les rémissions sont des issues encourageantes et positives face au cancer, le risque de rechute reste toutefois présent et non négligeable. Ce risque de récidive génère de l'inquiétude et du stress auprès des patients et de leur entourage. Dans l'étude de Stark et al. en 2004, citée par Vena et Copel en 2021, un tiers des participants signale des composantes caractéristiques de l'anxiété par rapport à la santé. Plus précisément, une augmentation du signalement des symptômes et des comportements de recherche de réconfort auprès des professionnels des soins de santé (Vena & Copel, 2021).

Utilisés en dernier recours, les soins palliatifs tentent d'améliorer la qualité de vie des patients en phase terminale. Ils peuvent diminuer les difficultés physiques et psychologiques chez plus de 90% des patients. Lorsque les douleurs sont trop intenses, ce qui est le cas pour 80% des patients, la morphine est prescrite pour les soulager (OMS, 2022).

1.3 La psycho-oncologie

La psycho-oncologie est un champ de recherche et de traitement apparue dans les années 1970 (Lang-Rollin & Berberich, 2018). Elle est née de la découverte selon laquelle l'évolution de différentes variétés de cancers sont aussi sujettes aux influences psychosociales (Emery et al., 2011 ; Fagundes et al., 2012 ; Geise-Davis et al., 2011 ; Williams & Schneiderman, 2002 ; cités par Barlow et al., 2016). La psycho-oncologie, basée sur une approche biopsychosociale, est devenue un composant essentiel des soins oncologiques. Ses objectifs sont d'atténuer les conséquences psychologiques du cancer, dont la détresse, la douleur ou la peur. La psycho-oncologie se base sur des modèles théoriques et s'intéresse notamment à l'impact du stress et à l'influence des interventions médicales sur la qualité de vie du patient. Les psycho-oncologues emploient différents types de suivis psychologiques, dont la psychoéducation par exemple (Lang-Rollin & Berberich, 2018).

Dans l'étude de Spiegel en 2013 (cité par Barlow et al., 2016), plusieurs patientes atteintes d'un cancer du sein en stade avancé ont participé à des séances de thérapies au sein d'unités de psycho-oncologie dans l'espoir d'améliorer les douleurs, leur anxiété et leur dépression. Il est ressorti de cette étude que le temps de survie était significativement supérieur au groupe contrôle qui ne recevait pas de suivi psychologique. Le temps de survie supérieur du groupe qui a reçu une thérapie était estimé à trois ans. Malgré que cette étude soit discutable au niveau de l'éthique, elle permet de montrer l'impact positif d'un suivi psychologique chez les personnes atteintes d'un cancer. Plusieurs études ont montré des résultats similaires ainsi que des résultats sur les symptômes de dépression, sur la réduction du stress et sur les comportements sains des patients. Des années plus tard, le risque de mourir du cancer était réduit de 56% et le risque de récidive ne s'élevait plus qu'à 45% (Andersen et al., 2008 ; Giese-Davis et al., 2011 ; cités par Barlow et al., 2016). C'est ainsi que l'intérêt pour les traitements psychosociaux se sont développés, avec un intérêt croissant pour la compréhension des effets psychologiques sur le cancer (Barlow et al., 2016).

Le cancer est une épreuve majeure rencontrée par le patient mais aussi par son entourage, de l'annonce du diagnostic et tout au long du traitement. Dans les services d'oncologie, plusieurs types d'initiatives émergent afin d'améliorer le bien-être des patients atteints d'un cancer et de leur fournir un soutien psychologique, une revalidation et une réintégration professionnelle et sociale. Le suivi à long terme des personnes ayant surmonté un cancer suscite un intérêt croissant, notamment en ce qui concerne leur qualité de vie et la détection de possibles complications tardives. Cette attention est particulièrement marquée lorsque le cancer a concerné des patients jeunes, voire très jeunes, pour qui les enjeux de santé à long terme sont davantage cruciaux (Scheen et al., 2021).

La souffrance psychologique et les conséquences néfastes du cancer sont nombreuses. Souvent peu mises en avant, les conséquences négatives sociales du cancer ne sont pas à négliger. En effet, le poids du discours social peut peser dans la balance de la souffrance du patient. Ces représentations sociales liées au cancer peuvent avoir un impact sur l'attitude des patients et de leur entourage à l'égard des soins psychiques. La croyance selon laquelle le psychisme pourrait constituer un obstacle à la guérison conduit certains à envisager le traitement psychologique avec des attentes particulièrement élevées, renforcées par le discours institutionnel mettant l'accent sur l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies. De plus, le discours populaire selon lequel la souffrance psychique serait la cause du développement de la maladie peut pousser le patient à chercher quel événement traumatisant ou quels comportements de santé ont amené à l'apparition du cancer. Enfin, il est courant d'entendre le discours social qui pousse le patient à partager son expérience avec des pairs ou d'autres personnes atteintes d'un cancer. Ce dernier laisse sous-entendre qu'il suffirait de s'exprimer pour se sentir mieux (Polomeni, 2023).

Malgré les effets négatifs relatifs au cancer, certaines personnes en retirent des conséquences positives. Par exemple, des patients rapportent avoir développé une prise de conscience plus profonde de ce qui donne un sens à leur existence, une spiritualité approfondie, des relations davantage qualitatives et des changements dans les choix de vie (Barlow et al., 2016). C'est ce que l'on appelle les bénéfices secondaires. Ceux-ci pourraient refléter « la capacité d'adaptation, un sentiment de contrôle et l'optimisme qui sous-tendent la résilience et qui réduisent les effets nocifs du stress » (Bower et al., 2009 ; cités par Barlow et al., 2016, p.328).

1.4 Le rôle et les besoins du proche aidant

Dans le contexte de l'oncologie et plus largement des soins médicaux, on peut qualifier les partenaires de « proches aidants ». Ce concept fait référence aux proches d'un patient malade, qui entretiennent une relation privilégiée et importante avec celui-ci et qui offrent un soutien émotionnel et/ou physique (Applebaum et al., 2018).

De nouveaux besoins émergent chez les patients et une approche systémique permet d'évaluer les ajustements à mettre en place chez le patient mais aussi dans son entourage (Boudrahem, 2021). Par exemple, lorsqu'un individu est hospitalisé, les membres de sa famille désirent naturellement aider leur proche et apportent leur histoire personnelle, leur culture, leurs souvenirs et leurs représentations du monde hospitalier au sein de l'hôpital. Les proches aidants peuvent se montrer anxieux pour leur proche mais aussi pour eux-mêmes. Certains peuvent même se sentir coupables de ce qui arrive à leur proche. Diverses réactions émanent de ces situations à cause des craintes et de l'anxiété que peut ressentir le proche aidant (Wanquet Thibault, 2016). Wagener (2012) s'intéresse également aux besoins des conjoints de personnes atteintes d'un cancer et montre qu'il existe un lien positif entre un besoin ressenti comme insatisfait et/ou important et un sentiment de détresse émotionnelle chez le conjoint d'une personne atteinte d'un cancer.

De nombreuses études se sont penchées sur les conséquences des effets du cancer sur les relations conjugales. Lorsque l'on recherche des études sur l'impact du cancer sur la relation de couple, on retrouve un grand nombre d'études qui s'intéressent à la sexualité, directement associée au couple, presque perçue comme la première difficulté rapportée au sein du couple. Par exemple, de nombreux travaux ont été réalisés sur l'impact du cancer chez la femme (cancer du sein, de l'utérus, des ovaires, ...) sur le couple et la sexualité. À titre d'exemples, une étude longitudinale s'est penchée sur le cas des femmes atteintes d'un cancer pelvien et de son impact sur la sexualité (Venturini et al., 2012), une autre étude s'intéresse à la sexualité et la santé du couple chez une femme atteinte d'un cancer, en mettant en avant la détresse psychologique et émotionnelle chez les deux partenaires, pouvant mener à un renforcement du couple ou à une séparation (Vanlerenberghe et al., 2015). Concernant l'homme, plusieurs études ont été réalisées sur l'impact du couple, avec une mise en évidence des difficultés sexuelles rencontrées notamment suite à un cancer de la prostate et la perception sociale de la masculinité (Braverman, 2019) ou suite à un cancer colorectal (Fekih-Romdhane et al., 2019).

L'étude de Boudrahem (2021) sur le couple et la place du partenaire dans la sexualité, citée précédemment dans ce travail, relève tout l'enjeu du soutien du partenaire dans le processus de la maladie. Celui-ci porte sur ses épaules le partage du quotidien de la personne atteinte du cancer et il a ce rôle de personne motivante et de personne ressource pour le partenaire malade. Le partenaire peut également être considéré comme un relais précieux entre son partenaire malade et les soignants impliqués dans le processus de traitement du cancer. Selon l'auteur, « le partenaire est un facilitateur en raison de sa place particulière vis-à-vis de la personne soignée » (Boudrahem, 2021, p. 37). Une récente revue de la littérature de Rezaei et ses collaborateurs (2024) met également en avant les conséquences positives du rôle d'aidant dans le contexte oncologique. Les chercheurs ont mis en évidence que ce rôle permet aux aidants de trouver un équilibre et une autogestion, et cela grâce aux moyens qu'ils disposent pour s'adapter à la maladie. Les pairs aidants tentent de garder une attitude positive, de préserver l'espoir et font preuve de résilience et de persévérance. Ce rôle tend à renforcer l'intimité, l'unité et la solidarité au sein du système (famille ou couple). L'expérience de proche aidant procure aussi un sentiment de satisfaction personnelle, donne un sens à la vie et renforce ainsi la conviction d'être utile et d'être soutenant (Leow & Chan., 2017 ; Arian et al., 2017 ; cités par Rezaei et al., 2024). Plus rarement, elle peut favoriser une croissance spirituelle marquée par un engagement dans la religion et une quête de paix intérieure (de Albuquerque Pinheiro et al., 2016 ; Nemati et al., 2018 ; Williams et al., 2013 ; Leow & Chan, 2017 ; Nemati et al., 2017 ; cités par Rezaei et al., 2024).

Au-delà des bénéfices apportés par le partenaire dans le soutien de la personne atteinte du cancer, le proche aidant peut se trouver dans une détresse psychologique si celui-ci porte son attention sur une situation réelle ou perçue. Cette détresse peut s'aggraver et se prolonger si les partenaires développent des pensées négatives persévérandes, dont l'inquiétude, la rumination et l'autocritique (Applebaum et al., 2018). L'étude de Gaulois en 2013 (citée par Applebaum et al., 2018) montre que les partenaires des personnes atteintes du cancer qui emploient des stratégies négatives (inquiétude, attente du pire et nervosité) risquaient davantage de développer des symptômes somatiques de l'anxiété et des symptômes de dépression. Ainsi, la détresse perçue chez les proches aidants s'accentue et devient un poids supplémentaire dans la maladie. Dans la même idée, Pistrang et Barker (cités par Favez, 2013) soulignent en 1995 un autre aspect négatif que peut vivre le proche aidant. Le conjoint de la personne malade est placé face à une double tâche qui consiste à aider l'autre en plus de gérer ses propres inquiétudes. Les recherches étant souvent portées sur l'aide et le soutien fournis par le proche aidant, la

souffrance de la situation du partenaire reste peu explorée. Dans la revue de la littérature de Rezaei et ses collaborateurs (2024), l'intérêt est également porté sur les conséquences négatives du rôle d'aidant d'une personne atteinte d'un cancer. En effet, les proches du patient ont tendance à négliger leurs propres besoins, ce qui entraîne une fatigue, une perte d'appétit ou des douleurs physiques, diminuant leur qualité de vie. Les besoins du malade deviennent la priorité, au détriment des projets personnels de l'aidant. Les conséquences émotionnelles sont importantes, vacillant entre peurs et inquiétudes et pouvant conduire à une détresse psychologique. Un autre aspect négatif dans le rôle d'aidant est le facteur socio-économique : les coûts des soins, la diminution ou l'arrêt de l'activité professionnelle peut entraîner non seulement une diminution des revenus mais aussi un retrait social, voire un isolement (Nemati et al., 2018 ; Röing et al., 2008 ; Hassankhani et al., 2019 ; cités par Rezaei, 2024).

L'étude de Bonnet et ses collaborateurs (2020) s'est penchée sur l'attachement durant le parcours du cancer et elle a mis en avant un attachement variable durant les trois premières années du parcours de soins. Les résultats mettent en évidence des variations significatives des styles d'attachement en fonction des étapes de la maladie, avec une mobilisation émotionnelle croissante au fil du temps. Au début du processus de traitement, les aidants ont tendance à adopter une stratégie d'attachement de type détaché, traduite comme un mécanisme de défense lié à la maladie et exprimée par une distanciation émotionnelle et une focalisation sur l'aide concrète. En période de rémission, il y a une évolution vers un attachement préoccupé qui se marque par une sensibilité émotionnelle accrue, une anxiété importante et une difficulté de régulation émotionnelle. Cette phase est perçue par le patient comme étant positive mais elle est vécue comme une période d'incertitude par le pair aidant qui vacille entre la guérison et la vulnérabilité. Les aidants sûres ont la capacité de s'ajuster plus facilement aux changements et mobiliser des ressources internes et relationnelles bien plus efficaces, contrairement aux aidants qui adoptent un style détaché ou préoccupé. Ainsi, les résultats soulignent que l'engagement dans l'aide face au cancer ne se fait pas sans conséquences psychologiques pour l'aidant (Bonnet et al., 2020).

2. La dynamique de couple et le conjoint

Dans la littérature, les auteurs qui se sont penchés sur la question du couple ont dû redoubler d'efforts pour élaborer non pas une définition mais plusieurs concepts communs aux couples. Favez propose comme définition du couple « un type de relation spécifique, émotionnellement importante pour chacun des partenaires, visant à être stable dans le temps et dans laquelle la sexualité peut être, mais pas obligatoirement, l'un des domaines relationnels » (Favez, 2013, p.13). Le couple peut également se définir comme deux personnes (ou plus) qui s'engagent dans une relation amoureuse et/ou sexuelle, dans un contexte culturel en constante évolution (Daugherty & Copen, 2016 ; cités par Heiden-Rootes et al., 2019). L'idée de « faire couple » est subjective et dépend de la vision que chaque personne possède du couple ; c'est pourquoi les attentes et l'idée qu'on se fait d'un couple est différente chez chacun. Il y a autant de manières de constituer un couple qu'il y a de couples. Pour une grande majorité de la population, être en couple est un objectif de vie et permet la réalisation de soi. Pendant longtemps en Europe de l'ouest, le couple était uniquement concevable à travers un mariage entre un homme et une femme et celui-ci permettait de fonder une famille. Souvent, les deux personnes se mariaient à un jeune âge et restaient ensemble toute leur vie. Actuellement, dans notre société occidentale, on observe des changements, une évolution rapide et une diversité fleurissante dans les couples (Favez, 2013 ; Daugherty & Copen, 2016 ; cités par Heiden-Rootes et al., 2019).

On peut aussi se demander quelle est l'utilité de former un couple. Au niveau social et économique, on peut voir l'association de deux personnes comme avantageuse pour le partage des ressources. Au niveau émotionnel, le soutien, l'affection, l'estime de soi et la sécurité que le couple peut mutuellement s'apporter sont des motivations de la mise en couple. Selon les approches évolutionnistes, l'homme choisit une femme avec qui il pourra procréer et assurer une descendance avec elle et la femme est assurée d'avoir un homme qui la protège durant la grossesse. Cette dernière perspective présente des limites car elle n'inclut pas les couples hétérosexuels et transmet l'idée que le couple est basé sur la procréation (Favez, 2013).

L'intérêt porté au couple en psychologie clinique provient de deux causes. Premièrement, on sait que la relation conjugale procure un bien-être pour chacun des partenaires lorsque celle-ci est satisfaisante. À contrario, lorsque des difficultés au sein de la dyade sont rencontrées, celles-ci peuvent causer des souffrances psychologiques et même des troubles comme la dépression (Beach, 2001, cité par Favez, 2013). Deuxièmement, au cours de la

relation, celle-ci va rencontrer des obstacles dus aux difficultés individuelles de chaque partenaire. « La pathologie individuelle a un impact sur les relations personnelles » (Favez, 2013, p. 11). Cette bidirectionnalité rend parfois difficile de déterminer les facteurs causaux de problèmes rencontrés dans le couple. Par exemple : est-ce la dépression qui contribue aux problèmes de couple ou est-ce ces problèmes qui provoquent une dépression ? (Favez, 2013).

2.1 Le soutien conjugal

Favez met en lumière dans son ouvrage en 2013 le soutien entre les partenaires amoureux, nommé plus largement « soutien social ». L'auteur reprend la distinction des théories du soutien social avec deux types de soutiens sociaux ; le soutien social « structurel » et le soutien social « fonctionnel » (Cohen & Wills, 1985, cités par Favez, 2013 ; House et al., 1985). Le premier terme se réfère à se soutenir, par exemple, dans la répartition des trajets concernant les enfants (soutien instrumental) ou dans le cas d'une mésentente avec un membre de la famille (soutien émotionnel). Il peut s'observer dans le quotidien du couple et est un facteur protecteur à ce que les tracas du quotidien ne s'amplifient pas jusqu'à un stress intense, voire de l'anxiété. Le second terme, davantage pertinent pour ce mémoire, est considéré comme un facteur modérateur car le partenaire a vécu un événement stressant et négatif, avec des conséquences à la clé. Dans le cas du soutien fonctionnel, celui-ci apparaît juste après un événement négatif et spécifiquement en lien avec celui-ci (Favez, 2013). Le soutien social serait donc un facteur de protection lorsqu'un individu traverse une période critique, comme une dépression, une perte d'emploi ou encore une maladie (Cobb, 1976 ; cité par Brassard et al., 2011).

Le soutien conjugal peut être conceptualisé à travers cinq fonctions différentes (Wills & Shinar, 2000, cités par Brassard et al., 2011). Premièrement, le *soutien émotionnel* se définit comme la disponibilité d'un individu à écouter de façon empathique une personne en fournissant des conseils à propos des problèmes qu'expose la personne. Deuxièmement, la *validation* fait écho à la possibilité, pour l'individu, de recevoir un retour sur le caractère approprié (ou non) de ses comportements ou de ses ressentis. Troisièmement, le *soutien instrumental* correspond à l'aide concrète apportée à une personne lorsqu'elle en a besoin. Par exemple, cela peut se traduire par le fait de prêter de l'argent, d'aider dans les tâches ménagères ou de s'occuper des enfants). Quatrièmement, le *soutien informationnel* désigne la transmission de connaissances utiles à la résolution de problèmes, comme fournir des ressources ou

conseiller la personne afin de l'orienter. Cinquièmement, le compagnonnage se réfère au fait de partager avec quelqu'un des activités sociales ou culturelles comme des voyages ou des loisirs.

Selon une autre approche, appelée constructivisme social, le monde social (dont le soutien social) et le soi sont intrinsèquement liés (Lakey & Cohen, 2000 ; cités par Brassard et al., 2011). Les pensées négatives qu'une personne va avoir concernant ses relations ont un lien avec la perception que l'individu a de lui-même, ce qui a pour conséquence d'influencer la détresse psychologique et le soutien perçu. Cette approche permet d'étudier le facteur protecteur du soutien perçu selon les effets positifs sur l'estime de soi et sur l'autorégulation de l'individu. Une étude longitudinale a permis de démontrer que l'amélioration du soutien conjugal et de la qualité de la relation permettent un meilleur niveau d'estime de soi (Andrews & Brown, 1995, cités par Brassard et al., 2011).

L'approche axée sur les relations étudie le soutien conjugal comme étant un processus intégré à un processus relationnel plus large et les processus liés à la relation comme les habiletés sociales, l'absence de conflit, le compagnonnage ou encore l'intimité. Il y a un lien bidirectionnel entre l'intimité et le soutien conjugal. D'une part, lorsque les partenaires perçoivent recevoir du soutien de leur conjoint, l'intimité a plus de chance d'être présente au sein du couple et d'autre part, lorsque l'intimité est présente, les partenaires sont davantage motivés à être soutenants envers leur conjoint. Plus précisément, le soutien axé sur l'autorévélation, l'ouverture émotionnelle et l'acceptation de l'autre (Reis & Collins, 2000, cité par Brassard et al., 2011).

2.2 L'ajustement dyadique

Le concept d'ajustement dyadique de Bodenmann (1997 ; 2005) (cité par Favez, 2013) illustre la façon dont les couples font face aux différents stress de la vie. Quand les ressources personnelles d'un des membres du couple ne sont pas suffisantes, celui-ci va interpeler son partenaire qui peut avoir une réponse comportementale positive ou négative. L'auteur rapporte trois types de réponses. Premièrement, l'adaptation dyadique positive où le partenaire tente de répondre aux besoins de son partenaire afin de diminuer le stress de la personne malade. Deuxièmement, l'adaptation dyadique négative fait référence à des attitudes superficielles, inadaptées au stress du conjoint. Troisièmement, il y a l'adaptation dyadique commune qui permet aux deux partenaires de partager les tâches difficiles, de répartir la charge émotionnelle, de trouver des solutions ensemble, de s'encourager. Les première et dernière adaptations

dyadiques produisent des niveaux de stress moins élevés que l'adaptation dyadique négative (Hilpert et al., 2016 ; Parisse et al., 2019, cités par Rapelli et al., 2021). Les partenaires ayant de bonnes stratégies d'adaptation vont considérer le problème de leur partenaire comme les problèmes des deux conjoints (Falconier et Kuhn, 2019, cités par Rapelli, 2021).

Par conséquent, ce n'est pas tant le soutien objectif et « visible » qui est prédicteur mais plutôt le soutien subjectif, autrement dit, le sentiment de soutien ressenti par la personne qui permet l'augmentation de son bien-être personnel.

2.3 La dynamique du couple face à la maladie

Quand le partenaire est capable de procurer le soutien nécessaire dont le patient a besoin, celui-ci est plus investi dans le traitement qu'il suit et retire des bénéfices individuels de bien-être (Bertoni, 2015, cité par Rapelli et al., 2021). La perception de la maladie serait similaire chez les deux conjoints, avec une différence au niveau des aspects émotionnels liés au cancer et à ses effets sur l'image corporelle. Lorsque la perception de la maladie était davantage positive, cette dernière favorisait une meilleure adaptation et les interactions au sein du couple influençaient cette dynamique. L'adaptation des patients dépend à la fois de leur propre perception et de celle de leur conjoint, tandis que celle des conjoints est surtout influencée par la perception des patients. Ces résultats montrent l'impact du vécu d'un partenaire inscrit dans un processus de maladie sur son conjoint.

3. L'anxiété et la dépression

3.1 L'anxiété

L'anxiété est décrite comme une humeur orientée vers le futur et caractérisée par un affect négatif, une appréhension du futur ainsi que des symptômes somatiques (American Psychiatric Association, 2013 ; Barlow, 2002, cités par Barlow et al., 2016). Malgré l'émotion peu agréable qu'elle procure, l'anxiété est bénéfique en quantité modérée et permet, par exemple, de dynamiser nos performances.

Selon le DSM-V, les troubles anxieux sont décrits par une anxiété et une crainte persistantes et excessives ainsi que par des modifications comportementales dysfonctionnelles utilisées afin de tenter l'atténuation des sentiments (Barlow et al., 2016). Les critères du DSM-V (Barlow et al., 2016) concernant le trouble d'anxiété généralisée sont les suivants :

- A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités.
- B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.
- C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois).
 - 1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
 - 2. Fatigabilité
 - 3. Difficultés de concentration ou trous de mémoire
 - 4. Irritabilité
 - 5. Tension musculaire
 - 6. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité ou non satisfaisant)
- D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.
- F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.

Concernant la prévalence du trouble d'anxiété généralisée dans la population, 11% seraient touchés, dont 14% des femmes et 8% des hommes. Tous les âges sont concernés mais on observe des taux supérieurs chez les femmes âgées entre 16 et 24 ans, dont la prévalence atteint ici 25% (Hazo, 2024).

3.2 La dépression

Selon le DSM-V, la plus courante et la plus sévère des types de dépressions est l'épisode dépressif caractérisé. Celui-ci se définit comme « un état extrême d'humeur dépressive d'une durée minimale de deux semaines, accompagné de symptômes cognitifs [...] et de perturbations des activités corporelles ou physiologiques [...] » (Barlow et al, 2016, p. 214). Les critères du DSM-V (Barlow et al., 2016) concernant l'épisode dépressif caractérisé sont les suivants :

- A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
 - 1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne ou observée par les autres.
 - 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours.
 - 3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
 - 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 - 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
 - 6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
 - 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours.
 - 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours.
 - 9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

Selon l'OMS, la prévalence mondiale de la dépression est estimée à 3,8% de la population, dont 5% des adultes (4% d'hommes et 6% de femmes) et 5,7% des personnes de plus de 60 ans. La dépression est 50% plus fréquente chez les femmes. La dépression résulte d'interactions entre les facteurs sociaux, les facteurs psychologiques et les facteurs biologiques. Les expériences de vie difficiles (pertes, chômage, traumatismes) et certaines maladies chroniques (cancer, diabète) augmentent le risque de développer une dépression.

3.3 Comorbidités entre la dépression et l'anxiété

L'anxiété est fortement liée à la dépression (Barlow, 2000, 2002 ; Brown & Barlow, 2005, 2009 ; Clark, 2005 ; Craske et al., 2009 ; cités par Barlow et al., 2016). L'enquête de Hazo (2024) montre également un lien important entre la dépression et l'anxiété, avec 62% des personnes concernées par un trouble d'anxiété généralisée sont aussi touchées par un syndrome dépressif, avec un syndrome sévère pour 44% des cas. Outre la prévalence élevée de ces deux troubles mentaux, la comorbidité entre l'anxiété et la dépression est importante (Rajkumar, 2022). Une méta-analyse de 170 études montre que le rapport de comorbidité est de 6, c'est-à-dire que les personnes atteintes d'un trouble dépressif ont six fois plus de risque de souffrir d'un trouble anxieux, et inversement (Sacha et al., 2021, cité par Rajkumar, 2022). La présence d'une comorbidité a un impact important concernant l'évolution des troubles : les personnes qui souffrent de dépression ainsi que d'anxiété ont un âge précoce au début du développement d'un des troubles, une déficience fonctionnelle plus importante et une moindre réponse aux traitements (Hung et al., 2020, Breteler et al., 2021 ; Meulen et al., 2021 cités par Rajkumar, 2022).

3.4 La détresse psychologique, le soutien conjugal et l'ajustement dyadique chez les partenaires de personnes atteintes d'un cancer

Peu d'études se sont penchées sur les facteurs de détresse psychologique chez les conjoints des personnes atteintes d'un cancer en lien avec la perception d'un soutien conjugal et d'un bon ajustement dyadique. Lorsque la santé mentale des conjoints est prise en compte, elle est souvent associée à l'influence mutuelle de l'anxiété au sein de la dyade de couple

(Caillot-Renjeva et al., 2012), mais peu axée sur la détresse psychologique du conjoint en lien avec l'ajustement dyadique et le soutien conjugal.

Quelques études se sont tout de même intéressées à cette problématique. Une étude transversale sur les liens entre l'anxiété, la dépression et l'adaptation dyadique chez les patients atteints d'un cancer de la prostate et leurs partenaires a montré que le fait de fournir du soutien à son conjoint atteint d'un cancer peut augmenter leurs taux d'anxiété et de dépression (Regan et al., 2014). Plus spécifiquement, les auteurs ont mis en avant que l'adaptation dyadique négative du partenaire augmentait significativement l'anxiété et la dépression chez le conjoint. D'autres recherches montrent que les patients et les conjoints qui expriment davantage de détresse psychologique rapportent également le soutien de leur partenaire de façon plus négative dans une population suivie pour des troubles dépressifs (Bodenmann et al., 2001 ; cités par Regan et al., 2014) ou encore chez des patients atteints de maladies pulmonaires obstructives chroniques et leurs partenaires (Meier et al., 2011 ; cités par Regan et al., 2014). L'étude rapporte également que les conjointes des patients perçoivent un ajustement dyadique davantage positif de la part du patient, elles expriment ressentir une satisfaction relationnelle plus faible.

D'autres études viennent confirmer que les partenaires amoureux de patients atteints de cancer présentent fréquemment des niveaux élevés de dépression et d'anxiété, comparables voire supérieures à la détresse psychologique des patients eux-mêmes. Geng et ses collaborateurs (2018) mettent en avant les facteurs qui influencent positivement ou négativement la dépression des aidants. L'état du patient, la pénibilité des soins, la durée des soins, le chômage du conjoint, les problèmes financiers et le sexe féminin sont des facteurs de risque de la dépression chez les aidants des patients. A contrario, la qualité de vie de l'aidant, son niveau d'éducation, son âge et le soutien social dont il bénéficie (Bodenmann, 2005 ; Geng et al., 2018) sont des facteurs de protection de la dépression.

D'autres études empiriques en oncologie confirment que des niveaux plus élevés de coping dyadique et de soutien conjugal perçu prédisent une anxiété et une dépression moindres chez les conjoints. Une étude a confirmé la relation dyadique entre les patients atteints d'un cancer du pancréas et leurs proches aidants (Li et al., 2023).

4. L'intolérance à l'incertitude et ses variables associées

4.1 Le modèle et les définitions de l'intolérance à l'incertitude

En 1998, Dugas, Gagnon, Ladouceur & Freeston établissent un nouveau modèle qui permet de décrire l'intolérance à l'incertitude comme « la principale variable impliquée dans le développement et le maintien du trouble de l'anxiété généralisée » (TAG) (Vander Haegen, 2017, p.63). Il comprend trois variables en lien avec l'intolérance à l'incertitude, à savoir l'inquiétude, la prévisibilité de l'événement et le trouble anxieux. Le modèle met en avant quatre difficultés psychologiques en lien avec l'intolérance à l'incertitude ; les erreurs de perception, les croyances positives à l'égard de l'inquiétude, l'évitement cognitif et l'inefficacité dans la résolution des problèmes. Les difficultés entre l'intolérance à l'incertitude et le TAG sont similaires (Dugas et al., 2005 ; Carleton, 2016, cités par Vander Haegen, 2017).

L'intolérance à l'incertitude est définie comme une « disposition de type trait qui reflète la tendance à craindre les événements futurs imprévisibles et incertains et à croire que se sentir incertain est indésirable » (Buhr et Dugas, 2002, cités par Bottesi et al., 2020, p. 1). Une des définitions les plus récentes de ce concept est donnée par Carleton en 2016. Il la définit comme étant « l'incapacité dispositionnelle d'un individu à supporter la réponse aversive déclenchée par l'absence perçue d'informations importantes, clés ou suffisantes, et soutenue par la perception associée à l'incertitude » (Carleton, 2016, p. 31). Grâce à cette définition, Carleton distingue plusieurs éléments, notamment les stimuli déclencheurs de l'intolérance à l'incertitude (l'inconnu), la réponse (la peur de l'inconnu) et l'incapacité à supporter la réponse aversive (la peur) qui est renforcée par la perception d'incertitude (l'intolérance à l'incertitude).

L'intolérance à l'incertitude est liée à d'autres concepts proches dont l'inquiétude, comme l'ont montré plusieurs chercheurs (Boswell et al., 2013 ; Reuman et al., cités par Vander Haegen, 2017). L'inquiétude et l'intolérance à l'incertitude sont corrélées positivement. Un faible taux de tolérance à l'incertitude serait la cause et initierait de fortes inquiétudes vécues par une personne (Vander Haegen, 2017).

Une autre notion liée à l'intolérance à l'incertitude est « la nécessité primaire de prévisibilité de l'événement » (Vander Haegen, 2017, p. 65). Ce concept fait référence au besoin qu'a une personne intolérante à l'incertitude à posséder des informations claires au préalable, avec une réaction d'inconfort face à des situations ambiguës. Buhr et Dugas (2006) se sont intéressés à la relation entre l'intolérance à l'incertitude, le perfectionnisme, le contrôle perçu

et l'intolérance à l'ambiguïté. Ils en concluent que l'intolérance à l'incertitude est fortement corrélée à l'inquiétude et à l'intolérance à l'ambiguïté. Cette dernière corrélation n'est pas surprenante puisque les débuts de la recherche sur l'intolérance à l'incertitude se sont d'abord focalisés sur le concept d'intolérance à l'ambiguïté, ce qui rend la distinction entre les deux concepts relativement peu évidente (Birrell et al., 2011).

4.2 Les facteurs de risques et de maintien de l'intolérance à l'incertitude

Les procédés spécifiques de l'intolérance à l'incertitude, qu'on nomme aussi facteurs de maintien sont identifiés au nombre de quatre. On retrouve les croyances positives à l'égard de l'inquiétude, l'évitement cognitif, l'orientation négative aux problèmes et les pensées répétitives, à savoir les ruminations. L'intolérance à l'incertitude ferait partie intégrante de l'individu puisqu'il serait inscrit comme un trait de la personnalité. C'est ce trait de personnalité stable qui permet de développer ces quatre processus spécifiques et qui est un facteur transdiagnostique en clinique de l'adulte (Carleton, 2016, cité par Vander Haegen, 2017).

Si une personne présente une intolérance à l'incertitude, elle devrait également avoir un taux élevé dans les croyances positives à l'égard de l'inquiétude, de l'évitement cognitif, de l'orientation négative aux problèmes et des pensées répétitives (Vander Haegen, 2017).

4.3 Les facteurs de protection de l'intolérance à l'incertitude

Dans l'étude de Douillez et al. en 2014 chez des parents, deux facteurs de protection sont repris ; une orientation positive de l'attitude en résolution de problèmes et orientation portée sur les pensées répétitives constructives « concrètes-expérientielles » protégeant d'une dégradation de l'humeur comme dans la dépression par exemple (cité par Vander Haegen, 2017).

Vander Haegen (2017) met en avant deux facteurs de protection liés à la personnalité. Ces deux éléments interviennent dans la prévisibilité, dans la cause et dans l'issue d'un évènement. Premièrement, le locus de contrôle est défini comme « une croyance généralisée chez l'individu que les événements futurs dépendent de facteurs internes ou externes » (Vander Haegen, 2017, p.56). Dans les recherches sur le parent d'un enfant en rémission du cancer (Cox et al., 2009 ; Polizzi et al., 2015, cités par Vander Haegen, 2017), il ressort qu'il serait davantage bénéfique pour le parent d'adopter un locus interne car il aurait une plus grande perception de

contrôle sur les événements et présenterait une meilleure compliance par rapport aux conseils des médecins. Deuxièmement, l'optimisme permettrait de produire des anticorps contre la maladie, d'adopter des comportements de protection, de mobiliser le support social durant une période de stress et de modifier les réponses de coping.

4.4 L'intolérance à l'incertitude au sein du couple dans le contexte oncologique

Les progrès liés au cancer riment avec l'incertitude dans laquelle les patients vont devoir traverser cette maladie, avec différentes issues face au cancer dont la rémission, la récidive, et la stabilité de la maladie. À cause de cet avenir incertain, les patients ressentent une anxiété chronique (Pettersen, 2014). L'intolérance à l'incertitude peut se présenter sous-forme d'une peur de récidive de la maladie. Elle se définit comme « la peur ou l'inquiétude que le cancer puisse revenir ou progresser dans le même organe ou dans une autre partie du corps » (Simard et al., 2013 ; Vickberg, 2003, cités par Pettersen, 2014). Cette peur de récidive serait corrélée à l'anxiété généralisée. Plusieurs variables sont liées à la peur de la récidive dont le jeune âge et le sexe féminin (Pettersen, 2014).

Chez les conjoints de patients atteints d'un cancer, l'intolérance peut se manifester, compte tenu de la nature imprévisible de l'évolution de la maladie, des traitements et des effets secondaires du cancer. Une récente étude menée auprès de 83 aidants de patients atteints d'un cancer a mis en avant que l'intolérance à l'incertitude est significativement corrélée à une augmentation de l'anxiété liée à la santé et à une diminution de la qualité de vie (Eraslan & Ilhan, 2023).

II. METHODOLOGIE :

Dans cette partie, les objectifs de cette étude, la question de recherche ainsi que les hypothèses principales et les sous hypothèses seront évoqués. Ensuite, l'échantillon et la procédure de recrutement seront présentés. Enfin, les différents questionnaires proposés aux participants seront détaillés avant de présenter la méthode d'analyse et les traitements statistiques utilisés.

1. Objectifs de la recherche

L'originalité de ce mémoire réside dans l'inclusion de la dynamique du couple au sein de l'oncologie et à l'intérêt porté à l'intolérance à l'incertitude du partenaire. En effet, de nombreuses recherches existent autour de la problématique du cancer, mais moindres sont les études qui s'intéressent au vécu de l'entourage proche du patient, en particulier concernant l'intolérance à l'incertitude au sein du couple. Il est important de mettre en lumière l'entourage qui vit quotidiennement avec la personne atteinte du cancer et qui vit la maladie à travers son proche.

De plus, cette recherche peut permettre de changer de regard sur le partenaire, dans le sens où il est considéré dans de nombreuses situations comme une ressource pour le patient, alors que celui-ci porte également toute cette charge émotionnelle en restant le plus solidaire possible face au cancer de son partenaire. Non seulement, on peut imaginer que leur anxiété et leurs inquiétudes soient omniprésentes mais aussi que cette souffrance reste parfois silencieuse, pour faire bonne figure et faire face devant le partenaire afin de l'encourager et de rester optimiste face à la maladie.

Cette étude a la particularité de s'intéresser au couple, non pas sur ses conséquences communes liées à la relation de couple (exemple : la sexualité) mais sur le partenaire de la personne atteinte du cancer. Elle s'inscrit dans un objectif de « décentralisation » du patient en tant qu'individu malade pour se pencher sur les relations conjugales au sein de la maladie et l'impact sur l'intolérance à l'incertitude du partenaire qui vit aux premières loges les conséquences quotidiennes de la maladie de son partenaire.

La présente étude a donc pour objectif d'observer si des liens sont présents entre le support conjugal, l'ajustement dyadique et la détresse psychologique dont l'intolérance à l'incertitude et ses variables associées chez les conjoints de personnes atteintes d'un cancer.

2. Question de recherche

Cette recherche vise à évaluer l'intolérance à l'incertitude chez les partenaires amoureux de personnes atteintes d'un cancer et de prédire s'il existe un lien avec des facteurs liés au couple. Pour ce faire, il semblait judicieux d'étudier l'intolérance à l'incertitude et ses variables associées, c'est-à-dire l'évitement cognitif, les croyances positives concernant les inquiétudes, les attitudes face aux problèmes et les pensées répétitives (pensées abstraites analytiques et pensées concrètes expérientielles). De plus, l'intérêt se porte sur le niveau d'anxiété et de dépression afin de se pencher au sens large sur la détresse psychologique des participants. Enfin, le soutien conjugal perçu et émis ainsi que le coping dyadique ont été également étudiés dans le but d'investiguer d'éventuels liens entre ces variables et la détresse psychologique.

3. Hypothèses principales

L'hypothèse générale de cette étude est de porter un intérêt aux conjoints des patients atteints d'un cancer et d'observer si la qualité relationnelle du couple a un impact sur les facteurs de détresse psychologique et l'intolérance à l'incertitude des conjoints. Pour ce faire, quatre hypothèses principales sont émises afin de tester les variables du couple, de la détresse psychologique et de l'intolérance à l'incertitude. Trois hypothèses générales seront testées en cherchant des effets prédictifs de variables étudiées au sein de cette recherche. La quatrième hypothèse s'intéresse aux liens entre les facteurs de détresse émotionnelle et les facteurs liés à l'intolérance à l'incertitude (et ses variables associées). La troisième hypothèse est une hypothèse exploratoire.

3.1 Première hypothèse

Le soutien conjugal (QSC) et l'ajustement dyadique (DCI) ont un effet prédicteur sur l'intolérance à l'incertitude (QII) et ses variables associées (QAP, PSI-II, QEC, Mini-CERTS).

Actuellement, aucune étude spécifique n'a étudié l'impact du soutien conjugal et de l'ajustement dyadique sur l'intolérance à l'incertitude chez les partenaires de personnes atteintes d'un cancer. Lorsque ces variables sont étudiées, elles étudient le vécu du patient mais pas celui de son conjoint. Ainsi, l'étude de ses variables au sein de ce travail sera considérée comme *exploratoire*, puisqu'il n'est pas possible à l'heure actuelle de s'appuyer sur des études qui ont confirmé cette hypothèse.

3.2 Deuxième hypothèse

Le soutien conjugal (QSC) et l'ajustement dyadique (DCI) ont un effet prédicteur et des liens sur / avec les symptômes de détresse psychologique (HADS).

Comme présenté dans la partie littérature de ce mémoire, plusieurs études mentionnées (Bodenmann, 2005 ; Regan et al., 2014 ; Li et al., 2023) ont mis en avant que le soutien conjugal et l'ajustement dyadique ont des conséquences sur les symptômes de détresse psychologique, tels que l'anxiété et la dépression. Ainsi, il est attendu que de hauts scores aux questionnaires relatifs au soutien conjugal (QSC) et l'ajustement dyadique (DCI) aient un effet prédicteur sur des taux faibles de la détresse psychologique (HADS).

3.3 Troisième hypothèse

L'intolérance à l'incertitude (QII) et ses facteurs associés (QAP, PSI-II, QEC, Mini-CERTS) ont un effet prédicteur sur les symptômes de détresse psychologique (HADS).

Plusieurs études se sont intéressées à l'implication de l'intolérance à l'incertitude et ses implications dans le TAG (Carleton, 2016 ; Jensen et al., 2016 ; Vander Haegen, 2017) et dans la dépression (Jensen et al., 2016). La littérature sur ce sujet va nous permettre d'observer si les données de cet échantillon permettent de tendre vers des résultats similaires à ces études, à savoir le fait d'obtenir des taux élevés aux questionnaires d'intolérance à l'incertitude (QII) et ses facteurs associés (QAP, PSI-II, QEC, Mini-CERTS) qui prédiraient des taux également élevés de détresse psychologique.

3.4 Quatrième hypothèse

La détresse psychologique (HADS) est corrélée à l'intolérance à l'incertitude (QII) et ses variables associées (QAP, PSI-II, QEC, Mini-CERTS).

Au-delà d'obtenir des facteurs prédicteurs de la l'intolérance à l'incertitude et ses variables associées sur la détresse psychologique, l'hypothèse de corrélation entre ces variables permettra de valider les résultats des études, notamment celle de Vander Haegen (2017), qui ont également obtenu des liens significatifs entre la détresse psychologique et l'intolérance à l'incertitude et ses variables associées.

4. Échantillon et recrutement

Cette présente étude comprend un échantillon de 26 partenaires amoureux de patients atteints d'un cancer, tous recrutés au sein du Service d'Oncologie du CHU de Liège. La période de recrutement s'est déroulée de fin janvier à fin mars 2025.

4.1 Éthique

Le projet de cette étude a été soumis au Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire du Centre Hospitalier Universitaire de Liège (CHU) (voir Annexe 1). La première version proposée n'a demandé que quelques modifications quant à certains détails (appellations, ajout de contact dans la lettre d'information). La deuxième version a reçu un avis favorable pour commencer la recherche.

Afin de rentrer en relation avec les participants dans une visée éthique, il fut préférable de ne pas directement les rencontrer dans la salle d'attente, et cela pour plusieurs raisons. Premièrement, on peut imaginer un éventuel stress avant un rendez-vous oncologique, le moment a été jugé non propice pour présenter cette étude et solliciter d'éventuels participants. Deuxièmement, afin de savoir si les conjoints étaient intéressés par l'étude, il fallait d'abord échanger avec eux différentes informations, qui pour certaines, pouvaient s'avérer être personnelles. Pour ces différentes raisons, le recrutement s'est réalisé en collaboration avec les

professionnels de la santé afin d'éviter ces inconforts. Davantage de détails liés au recrutement figurent dans le point suivant.

Lors de la rencontre avec les participants, avant de proposer les questionnaires, une lettre d'information et un formulaire de consentement ont été présentés aux participants. Ce dernier était complété, signé et daté, en deux exemplaires, par les participants l'investigatrice.

4.2 Modalité de recrutement et passation

La totalité des participants a été recrutée via le Service d'Oncologie du CHU de Liège. Afin de pallier au problème d'éthique présenté dans la partie précédente, le projet de mémoire a préalablement été présenté aux équipes de psycho-oncologues, d'infirmières et de médecins oncologues. Certains professionnels de la santé nous ont permis d'accéder directement aux patients et à leur partenaire amoureux soit en nous transmettant les coordonnées du patient et du partenaire, soit en présentant le projet de l'étude aux patients directement. Ces derniers pouvaient décider de participer directement après leur rendez-vous médical ou de participer plus tard en fixant un rendez-vous. Il est également arrivé que le recrutement se soit réalisé dans les salles d'attente du service, où nous présentions directement le projet de mémoire aux patients, sans l'intermédiaire directe du professionnel de la santé.

La passation de la batterie de questionnaires se réalisait en notre présence au sein du CHU de Liège, dans le service d'oncologie. Il a semblé pertinent d'être présent avec les participants lors de la passation afin de pouvoir répondre aux éventuelles questions de compréhension. De plus, cela a permis de vérifier que les participants complétaient tous les items proposés. Une version manuscrite était présentée, afin de faciliter la compléTION. La participation à cette étude ne nécessitait qu'une seule rencontre. En moyenne, le temps de la passation était de 45 minutes.

4.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

L'ensemble des critères d'inclusion et d'exclusion ont été préalablement présentés aux professionnels de la santé du service d'oncologie du CHU de Liège. Les critères d'inclusion et d'exclusion à la participation à l'étude sont d'être en couple avec une personne atteinte d'un cancer. Le stade du cancer ne doit pas être avancé et critique afin d'obtenir un échantillon

relativement homogène. Les participants doivent avoir minimum 18 ans et avoir une bonne maîtrise de la langue française afin de comprendre et répondre aux questionnaires proposés.

Cependant, le type de cancer et l'âge des participants ne sont pas des critères d'inclusion de cette étude. De même, le type de relation (mariage, concubinage ou relation non exclusive, ...) et la cohabitation commune ne sont pas des critères d'inclusion.

5. Outils

Différents questionnaires auto-rapportés ont été proposés aux participants de l'étude afin de récolter les données utiles à la réalisation de cette étude. La batterie de questionnaires se compose d'un questionnaire non standardisé (le questionnaire socio-démographique) et de huit questionnaires standardisés, dont cinq évaluant l'intolérance à l'incertitude et ses variables associées, un autre évaluant les symptômes d'anxiété et de dépression et les deux derniers relatifs au couple, à savoir l'ajustement dyadique et le soutien conjugal.

5.1 *Données socio-démographiques*

5.1.1 *Questionnaire socio-démographique*

Les participants ont été soumis à un questionnaire sociodémographique créé pour les besoins de cette étude. Il comporte des items concernant le participant, plus précisément le sexe, l'âge, le niveau d'étude le plus élevé, la profession. Des items liés au partenaire atteint du cancer y figuraient également, à savoir la durée de la relation, l'âge du partenaire, le sexe du partenaire, le type de cancer et la durée du traitement. D'autres items concernant la relation amoureuse étaient proposés comme la durée de la relation, le type de relation entretenue ainsi que le nombre d'enfants que le couple avait en commun. Le questionnaire figure dans l'Annexe 2.

5.2 Données relatives à l'intolérance à l'incertitude (et ses processus associés)

5.2.1 Questionnaire d'intolérance à l'incertitude (QII ; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas & Ladouceur, 1994)

Ce questionnaire contient 27 items gradués sous forme d'une échelle de Likert (de 1, ne correspond pas, à 5, correspond totalement). Il évalue les réactions émotionnelles, comportementales et cognitives par rapport à des situations incertaines. Après avoir proposé leur questionnaire, les auteurs déterminent qu'un score supérieur à 47 équivaut à une intolérance à l'incertitude (Vander Haegen, 2017). Le questionnaire d'intolérance à l'incertitude (QII) peut être utilisé en tant qu'instrument de mesure unifactoriel ou bifactoriel. Dans ce cas, il se mesure en un premier facteur ; l'incertitude a des implications négatives sur la perception de soi et les comportements et en un second facteur ; l'incertitude est injuste et gâche tout. (Freeston et al., 1994). Le questionnaire figure dans l'Annexe 3.

5.2.2 Questionnaire d'attitudes face aux problèmes (QAP ; Gosselin, Ladouceur, & Pelletier, 2005)

Ce questionnaire comprend 12 items polytomiques gradués (de 1, pas du tout correspondant, à 5, totalement correspondant) et évalue la tendance à percevoir un problème comme une menace pour son bien-être, à être pessimiste dans ses résolutions cognitives et ses habiletés personnelles de résolution. Le score total varie entre 12 et 60. Le score seuil est de 25.03 (± 7.80) (Vander Haegen, 2017). Ce questionnaire figure dans les annexes (Annexe 4).

5.2.3 Questionnaire « pourquoi s'inquiéter » (version 2) (PSI-II ; Gosselin et al. 2003)

Le PSI-II comprend 25 items gradués (de 1, pas du tout vrai, à 5, extrêmement vrai) et permet d'analyser cinq types de croyances positives à l'égard de l'inquiétude chez une population clinique (TAG) ou non clinique. Les catégories sont la résolution, la motivation, la pensée magique, la personnalité et l'émotion (Vander Haegen, 2017). Le score total de ces facteurs varie entre 25 et 125. Un score supérieur à 45 (score seuil de 44.66, ± 14.55) correspond aux participants qui utilisent des croyances positives par rapport à l'inquiétude. Pour les cinq catégories, les normes sont : résolution : 10.29 (± 4.11) ; motivation : 10.00 (± 4.08) ; pensée

magique : 6.68 (± 2.78) ; personnalité : 9.58 (± 4.04) ; émotion : 8.12 (± 3.49) (Vander Haegen, 2017). Le PSI-II figure dans les annexes (Annexe 5).

5.2.4 *Questionnaire d'évitement cognitif (QEC ; Gosselin et al. 2002)*

Ce questionnaire, composé de 25 items gradués (de 1, pas du tout correspondant, à 5, extrêmement correspondant), mesure les stratégies d'évitement cognitif chez l'individu dans le but d'éviter l'exposition des pensées dérangeantes. Il présente cinq catégories : la suppression des pensées, la transformation des images en pensées, la substitution, l'évitement de stimuli menaçants et la distraction. Le score total varie entre 25 et 125. Le score seuil est fixé à 52.15 (± 17.69). Les sujets avec une moyenne supérieure à 69.84 utilisent des stratégies d'évitement cognitif dans le but d'inhiber les émotions. Les scores seuils pour les cinq facteurs sont : suppression : 12 (± 4.87) ; transformation 10.35 (± 4.17) ; substitution : 8.08 (± 2.98) ; évitement : 9.46 (± 4.53) et distraction : 11.77 (± 4.73) (Vander Haegen, 2017). Le questionnaire se trouve dans l'Annexe 6.

5.2.5 *Questionnaire « Mini-Cambridge Exeter Repetitive Thought Scale » (Mini CERTS ; Douillez et al. 2014)*

Le Mini CERTS évalue les pensées répétitives constructives (pensées concrètes expérientielles (PCE)) et les pensées répétitives non constructives (pensées abstraites analytiques (PAA)). Ces deux types de pensées correspondent à deux catégories de rumination. Il se compose de 16 items cotés chacun de 1 à 4. Les normes pour les PAA ont un score seuil de 18.93 (± 4.63) et les PCE ont un score seuil de 17.06 (± 3.71) (Vander Haegen, 2017). Les deux sous dimensions du Mini CERTS sont en intercorrélation. Une activation de la PCE amènerait une inhibition de la PAA et inversement (Douillez et al, 2014). Le coefficient de consistance interne est de 0,72 pour les PAA et de 0.74 pour les PCE. Le Mini-CERTS figure dans les annexes (Annexe 7).

5.3 Données relatives à l'anxiété et à la dépression

5.3.1 Échelle « Hospital Anxiety and Depression Scale » (HADS ; Zigmond & Snaith, 1983)

L'échelle HADS est principalement utilisée pour détecter les symptômes anxieux et dépressifs. Il comprend 7 items concernant les symptômes anxieux et 7 items concernant les symptômes dépressifs. Chaque item comprend 4 propositions, codées de 0 à 3. Le score total de l'échelle peut varier de 0 à 21 (Bocéréan & Dupret, 2014). Les auteurs de l'HADS (Zigmond & Snaith, 1983 ; cités par Bocéréan & Dupret, 2014) ont fixé des scores seuils. Un score inférieur ou égal à 7 indique une absence de symptômes anxieux et dépressifs, un score entre 8 et 10 indique une légère symptomatologie et un score supérieur ou égal à 11 indique une symptomatologie davantage sévère.

La fiabilité des seuils a été confirmée dans la revue de la littérature de Bjelland et al. (2002) (citée par Bocéréan & Dupret, 2014). La cohérence interne de l'HADS est bonne, avec un alpha de Cronbach de 0,78 pour les items de dépression et un alpha de Cronbach de 0,81. La corrélation entre les scores d'anxiété et de dépression est de 0,62 (Bocéréan & Dupret, 2014). Le coefficient de fidélité s'élève à 0,80 après deux semaines et la validité convergente est significative pour l'anxiété ($r = 0,74$) et pour la dépression ($r = 0,70$). La validité discriminante est de 0,56, avec une étendue de 0,40 à 0,76 (Bjelland et al., 2002, cités par Vander Haegen, 2017). Ce questionnaire figure en Annexe 8.

5.4 Données relatives au soutien conjugal et à l'ajustement dyadique

5.4.1 Inventaire d'ajustement dyadique (DCI, Dyadiisches Coping Inventar ; Bodenmann, 2008)

Ce questionnaire comprend 37 items qui évaluent la gestion dyadique du stress au sein du couple. Ces items sont évalués de 1 (très rarement), 2 (rarement), 3 (parfois), 4 (souvent) à 5 (très souvent). Les 30 premiers items du DCI évaluent quatre facteurs théoriques ; la communication à propos du stress, l'ajustement dyadique positif ou soutenant, l'ajustement dyadique négatif et l'ajustement dyadique délégué (Bodenmann, 2008 ; cité par Favez, 2013). Quelques-uns des 30 items sont présentés ci-dessous :

- Commun : « *Je dis à mon/ma partenaire que je serais content(e) d'obtenir de sa part du soutien pratique ou des conseils concrets* », « *Il/Elle me dit qu'il/elle serait content(e) d'obtenir de ma part du soutien pratique ou des conseils concrets.* »
- Soutenant : « *J'induis chez mon/ma partenaire le sentiment que je le/la comprends et que je m'intéresse à son stress* », « *Il/Elle est solidaire envers moi, me dit qu'il/elle connaît aussi ce sentiment et qu'il/elle est à mes côtés* ».
- Négatif : « *Je lui reproche de ne pas pouvoir bien réagir face au stress* », « *Il/Elle m'aide, mais le fait à contrecœur et sans motivation* ».
- Délégué : « *Je lui donne un coup de main, quand il/elle a trop à faire afin de le/la décharger* », « *Afin de me décharger, il/elle assume des tâches dont je m'occupe habituellement* ».

Les items 31 à 35 sont consacrés à l'ajustement conjoint : « *Nous essayons de résoudre le problème ensemble et chercher des solutions concrètes* ». Enfin, la perception de l'ajustement dyadique du couple est évaluée par le répondant à travers les items 36 et 37 : « *Je suis satisfait(e) du soutien de mon/ma partenaire et de notre gestion commune du stress* » (Favez, 2013). Les quatre facteurs théoriques se distinguent plus précisément en neuf sous-dimensions :

- La communication à propos du stress procurée par le répondant
- La communication à propos du stress du partenaire perçue par le répondant
- L'ajustement dyadique de soutien procuré par le répondant
- L'ajustement dyadique de soutien du partenaire perçu par le répondant
- L'ajustement dyadique négatif procuré par le répondant
- L'ajustement dyadique négatif du partenaire perçu par le répondant
- L'ajustement dyadique délégué procuré par le répondant
- L'ajustement dyadique délégué du partenaire perçu par le répondant

Le score total est obtenu grâce à la somme de l'ensemble des items, à l'exception des items 36 et 37. Les scores relatifs à l'ajustement dyadique négatif nécessitent une inversion dans leur codage. Trois scores seuils sont déterminés afin de distinguer les scores totaux des participants. Un score entre 111 et 145 est considéré dans la moyenne (Bodenmann et al., 2006 ; Gmelch et al., 2008 ; cités par Favez, 2013). Plus le score est élevé, meilleur est l'ajustement dyadique au sein du couple.

Ce questionnaire a été développé en allemand puis traduit et validé en italien, en anglais et en français. Dans cette dernière version, la cohérence interne de l'ensemble du DCI est de 0.90,

dont l'alpha de Cronbach se situe entre 0.50 et 0.92 selon les sous dimensions (Ledermann et al., 2010 ; cité par Favez, 2013). Un extrait de l'inventaire se trouve en Annexe 9.

5.4.2 *Questionnaire de soutien conjugal (QSC ; Brassard et al., 2011)*

Ce questionnaire auto-rapporté évalue le soutien conjugal émis et reçu, permettant de distinguer ces deux dynamiques expérientielles. Il se compose de 8 items, dont 4 évaluant le support émis et 4 le soutien reçu. Pour chaque item, il faut indiquer le soutien reçu et le soutien émis via 5 réponses possibles : jamais (1), rarement (2), parfois (3), souvent (4) ou toujours (5). Le QSC distingue quatre dimensions ; émotionnelle, informationnelle, instrumentale et de validation. Par exemple, pour le soutien reçu, on retrouve l'item : « *Mon/Ma conjoint(e) m'encourage lorsque j'en ai besoin* » et pour le soutien émis, le sens est inversé : « *J'encourage mon/ma partenaire lorsqu'il/elle en a besoin* ».

L'instrument de mesure peut s'employer en tant que facteur unique en étudiant le score global ou selon deux facteurs, à savoir le soutien reçu et le soutien émis. Le score total du soutien perçu est calculé en additionnant les quatre items liés au soutien perçu et le score total du soutien émis est calculé en additionnant les quatre items du soutien émis. Quant au score total, celui-ci est déterminé en faisant le total de l'ensemble des huit items du questionnaire. L'alpha de Cronbach du QSC est de 0,89. Ce questionnaire a l'avantage d'être concis, s'incluant donc facilement au sein d'une batterie de questionnaires (Brassard et al., 2011). Le questionnaire se trouve en annexe (Annexe 10).

6. Types de données recueillies et traitement statistique

Toutes les données recueillies sont des données quantitatives issues des différents questionnaires proposés. Les statistiques ont été réalisées grâce au logiciel Jamovi ©. La normalité des variables est testée avec le test de Shapiro-Wilk. Le seuil de significativité est fixé à $p = 0.05$.

L'ensemble des variables utilisées dans nos tests statistiques sont des variables continues, c'est pourquoi nous avons réalisé différentes régressions linéaires et des corrélations afin d'observer si une variable prédit une autre variable et si certaines variables corrèlent entre elles.

Toutes les analyses statistiques et les résultats figurent dans la partie suivante.

III. RESULTATS

Dans cette partie, les résultats obtenus au sein de l'échantillon de partenaires de personnes atteintes d'un cancer seront analysés et détaillés, au regard de nos hypothèses. Pour commencer, les données sociodémographiques seront présentées afin de connaître les caractéristiques des participants ainsi que les données relatives aux questionnaires standardisés. Ensuite, la normalité sera vérifiée pour les variables, à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Enfin, les statistiques inférentielles permettront de tester nos hypothèses.

1. Statistiques descriptives

1.1 Données sociodémographiques

Les données de cette étude ont été récoltées auprès d'un échantillon de 26 partenaires de personnes atteintes d'un cancer, ces derniers étant tous suivis au sein du service d'oncologie du CHU de Liège. L'échantillon est composé de 17 femmes (65,4%) et de 9 hommes (34,6%). La moyenne d'âge des participants s'élève à 62,6 ans (écart-type = 11,3). Les participants ont entre 33 et 81 ans.

Concernant le niveau d'étude le plus élevé des participants, 5 participants ont un niveau d'étude d'enseignement secondaire ou inférieur (19,2%), 12 ont poursuivi jusqu'à l'enseignement secondaire supérieur (46,2%), 5 ont un bachelier (19,2%), 2 ont un Master (7,7%) et 2 ont suivi un enseignement post-universitaire (7,7%). Aucun participant n'a répondu que l'enseignement primaire ou moins était son niveau d'étude le plus élevé.

L'échantillon comprend des personnes retraitées, s'élevant au nombre de 10 dans l'échantillon (38,5%), 2 participants sont sans emploi (7,7%) et 2 sont en incapacité de travail ou en invalidité. Chez les travailleurs, 3 participants sont ouvriers (11,5%) et employés (11,5%), un est cadre (3,8%) et 5 sont indépendants (19,2%). Aucun participant n'a répondu être cadre supérieur.

En ce qui concerne le type de relation amoureuse, 3 statuts ont été proposés dans le questionnaire sociodémographique, à savoir « marié(e) », « en couple » et « en relation ouverte/libre », avec pour chacun une distinction concernant une cohabitation commune ou non entre les partenaires. Une proposition « autre » figure également pour cet item. Il y avait donc

7 propositions pour décrire le type de relation. Seules 3 d'entre elles ont été choisies par l'ensemble de l'échantillon, à savoir « marié(e) et en cohabitation » pour 18 participants (69,2%), « en couple exclusif et en cohabitation » pour 6 participants (23,1%) et « en couple exclusif sans cohabitation commune » pour 2 participants (7,7%). La durée moyenne des relations amoureuses au sein de l'échantillon était de 31,7 années (E.T. = 18,7), avec un minimum de 3 ans et un maximum de 61 ans.

Le genre du partenaire du patient était systématiquement opposé au genre du participant, avec 17 hommes (65,4%) et 9 femmes (34,6%). Ainsi, l'échantillon comporte uniquement des participants ayant une relation hétérosexuelle avec la personne atteinte d'un cancer. La moyenne d'âge des partenaires des participants s'élevait à 64,4 ans (écart-type = 12,5). Les partenaires atteints d'un cancer ont entre 34 et 82 ans. Plusieurs participants n'ont pas d'enfant en commun avec leur partenaire (N = 9 ; 34,6%). L'échantillon comporte 4 participants qui ont un enfant (15,4%), 8 qui ont 2 enfants (30,8%), 3 qui ont 3 enfants (11,5%) et 2 qui ont 4 enfants (7,7%).

Concernant le type de cancer du partenaire, 3 propositions figuraient dans le questionnaire, à savoir « cancer du sein », « cancer du côlon », « cancer du poumon », ainsi qu'une proposition « autre » où le participant précisait de quel cancer il s'agissait. Seuls 4 participants ont un partenaire atteint d'un cancer du sein (15,4%), 3 d'un cancer du côlon (11,5%) et 2 d'un cancer du poumon (7,7%). La majorité des participants a répondu « autre » (N= 17 ; 65,4%). Parmi les autres cancers, on retrouve principalement des cancers de la prostate. La durée du traitement a été standardisée en mois et la moyenne s'élève à 27,6 mois (écart-type = 32,6), ce qui correspond à 2 ans et 3,6 mois.

1.2 Données relatives aux différents questionnaires proposés

Différentes analyses descriptives concernant les questionnaires standardisés (QII, QAP, PSI-II, QEC, Mini-CERTS, HADS, DCI et QSC) ont été réalisées afin d'étudier les données récoltées au sein de l'échantillon de partenaires de personnes atteintes d'un cancer. Pour chaque questionnaire et ses sous-dimensions, la moyenne, l'écart-type, le score minimum et le score maximum sont indiqués dans les tableaux 1 à 8 ci-dessous.

Tableau 1 : Analyses descriptives des données relatives à l'intolérance à l'incertitude (N=26)

Questionnaire	Moyenne	E.T.	Min.	Max.
QII perception de soi et comportements	31,7	13,5	15	59
QII injustice et altération	31,3	11,4	12	52
QII total	62,9	24,1	27	110

Tableau 2 : Analyses descriptives des données relatives à l'attitude face au problème (N=26)

Questionnaire	Moyenne	E.T.	Min.	Max.
QAP	28,6	12,1	13	51

Tableau 3 : Analyses descriptives des données relatives aux croyances positives concernant les inquiétudes (N=26)

Questionnaire	Moyenne	E.T.	Min.	Max.
PSI résolution	11,62	4,76	6	21
PSI motivation	11,38	5,54	5	23
PSI pensée magique	7,88	4,11	5	19
PSI personnalité	9,81	5,08	5	20
PSI émotion	10,73	5,10	5	21
PSI total	51,42	22,69	29	97

Tableau 4 : Analyses descriptives des données relatives à l'évitement cognitif (N=26)

Questionnaire	Moyenne	E.T.	Min.	Max.
QEC suppression	13,6	5,59	5	25
QEC transformation	10,6	5,14	5	20
QEC substitution	11,0	5,90	5	24
QEC évitement	10,3	4,69	5	21
QEC distraction	14,0	5,91	5	25
QEC total	59,5	24,36	25	110

Tableau 5 : Analyses descriptives des données relatives aux pensées abstraites analytiques et aux pensées concrètes expérientielles (N=26)

Questionnaire	Moyenne	E.T.	Min.	Max.
Mini-CERTS PAA	18,9	4,67	9	27
Mini-CERTS PCE	16,5	3,69	11	24
Mini-CERTS total	35,3	7,37	20	50

Tableau 6 : Analyses descriptives des données relatives aux symptômes de détresse psychologique (N=26)

Questionnaire	Moyenne	E.T.	Min.	Max.
HADS anxiété	10,4	4,25	4	19
HADS dépression	5,35	3,37	0	14
HADS total	15,38	6,74	4	31

Tableau 7 : Analyses descriptives des données relatives au coping dyadique (N=26)

Questionnaire	Moyenne	E.T.	Min.	Max.
DCI communication du stress	9,81	3,66	4	16
DCI communication du stress du partenaire	11,85	4,62	4	20
DCI coping dyadique de soutien	18,77	3,79	12	25
DCI coping dyadique de soutien du partenaire	5,58	3,04	0	12
DCI coping dyadique négatif	17,35	3,35	4	20
DCI coping dyadique négatif du partenaire	16,46	2,76	10	20
DCI coping dyadique délégué	7,77	2,03	3	10
DCI coping dyadique délégué du partenaire	6,12	2,41	2	10
DCI coping dyadique conjoint	16,38	4,53	8	23
DCI total	167,23	22,32	108	204

Tableau 8 : Analyses descriptives des données relatives au soutien conjugal (N=26)

Questionnaire	Moyenne	E.T.	Min.	Max.
QSC soutien reçu	3,65	0,85	2,25	5
QSC soutien émis	4,02	0,71	2,50	5
QSC total	3,84	0,68	2,38	5

2. Normalité des données

La normalité de nos données issues de l'échantillon de partenaires de personnes atteintes d'un cancer a été testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk. L'objectif de ce test est de déterminer si l'ensemble des données est distribué selon une courbe de distribution normale afin de déterminer l'utilisation d'un test paramétrique ou non paramétrique (Université de Lincoln, n.d.). Les analyses suivantes détaillent les résultats du test de normalité de Shapiro-Wilk ainsi que les valeurs de p associées. Celles-ci figurent ci-dessous dans les tables 9 à 16.

Tableau 9 : Test de normalité pour l'intolérance à l'incertitude

Questionnaire	Shapiro-Wilk	p
QII perception de soi et comportements	0,916	0,036*
QII injustice et altération	0,958	0,349
QII total	0,946	0,182

Note. * $p < .05$

Tableau 10 : Test de normalité pour les attitudes face aux problèmes

Questionnaire	Shapiro-Wilk	p
QAP	0,909	0,025*

Note. * $p < .05$

Tableau 11 : Test de normalité pour les croyances positives concernant les inquiétudes

Questionnaire	Shapiro-Wilk	p
PSI résolution	0,899	0,015*
PSI motivation	0,915	0,034*
PSI pensée magique	0,719	<.001***
PSI personnalité	0,792	<.001***
PSI émotion	0,858	0,002**
PSI total	0,837	<.001***

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 12 : *Test de normalité pour l'évitement cognitif*

Questionnaire	Shapiro-Wilk	<i>p</i>
QEC suppression	0,964	0,486
QEC transformation	0,869	0,003**
QEC substitution	0,855	0,002**
QEC éviteme nt	0,889	0,009**
QEC distraction	0,961	0,407
QEC total	0,950	0,238

Note. ** $p < .01$

Tableau 13 : *Test de normalité pour les pensées abstraites analytiques et les pensées concrètes expérientielles*

Questionnaire	Shapiro-Wilk	<i>p</i>
Mini-CERTS PAA	0,979	0,848
Mini-CERTS PCE	0,960	0,400
Mini-CERTS total	0,971	0,658

Tableau 14 : *Test de normalité pour les symptômes de détresse psychologique*

Questionnaire	Shapiro-Wilk	<i>p</i>
HADS anxiété	0,951	0,246
HADS dépression	0,935	0,103
HADS total	0,961	0,420

Tableau 15 : *Test de normalité pour l'ajustement dyadique*

Questionnaire	Shapiro-Wilk	<i>p</i>
DCI communication du stress	0,933	0,090
DCI communication du stress du partenaire	0,948	0,210
DCI coping dyadique de soutien	0,950	0,231
DCI coping dyadique de soutien du partenaire	0,982	0,916
DCI coping dyadique négatif	0,712	< .001***
DCI coping dyadique négatif du partenaire	0,923	0,054
DCI coping dyadique délégué	0,881	0,006**
DCI coping dyadique délégué du partenaire	0,937	0,115
DCI coping dyadique conjoint	0,942	0,148
DCI total	0,951	0,249

Note. ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 16 : Test de normalité pour le soutien conjugal

Questionnaire	Shapiro-Wilk	<i>p</i>
QSC soutien reçu	0,933	0,089
QSC soutien émis	0,928	0,070
QSC total	0,924	0,057

Les résultats montrent qu'un plus grand nombre de données normalement distribuées ($p > 0.05$) que de données anormalement distribuées ($p < 0.05$) est obtenu (voir tableaux 9 à 16), ce qui nous inciterait à utiliser un test paramétrique. Cependant, chacun des tests sera adapté selon la normalité puisqu'il n'est pas possible de trancher au vu de la répartition relativement équivalente du nombre de données dont la distribution est normale et celles dont la distribution est anormale. La normalité a été testée pour la réalisation des corrélations.

3. Statistiques inférentielles

Afin de tester les différentes hypothèses présentées précédemment, des régressions linéaires multiples ainsi que des corrélations seront appliquées sur les données de l'échantillon de partenaires de personnes atteintes d'un cancer. Puisque les régressions linéaires n'ont pas d'équivalence non paramétrique, la normalité ou non normalité ne sera pas un facteur décisionnel quant au choix du test à utiliser. Cependant, il est nécessaire de rester vigilant par rapport à l'utilisation des régressions linéaires afin de préserver la robustesse des résultats statistiques. Premièrement, il est nécessaire de détecter la multicolinéarité à l'aide du facteur d'inflation de variance (VIF) et de s'assurer que cela est inférieur à 5, ce qui fut le cas dans notre recherche, hormis pour la variable liée au questionnaire d'intolérance à l'incertitude (QII) et d'attitudes face au problème (QAP) qui était respectivement de 5.92 et de 8.60, impliquant une multicolinéarité plus importante. Les interprétations des résultats tiendront compte de ce défaut lié à l'utilisation de la régression linéaire multiple (FasterCapital, 2025).

Afin de comparer les relations entre les variables, une corrélation de Pearson sera utilisée lorsque les deux variables étudiées sont normalement distribuées puisque cette corrélation s'applique uniquement avec des données paramétriques. Cependant, si une des deux (ou les deux) variables sont anormalement distribuées, une corrélation de Spearman sera appliquée (Université de Lincoln, n.d.).

3.1 Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent l'intolérance à l'incertitude et ses variables associées

Notre première hypothèse est que le soutien conjugal (QSC) et l'ajustement dyadique (DCI) ont un effet prédicteur sur l'intolérance à l'incertitude (QII) et ses variables associées (QAP, PSI-II, QEC, Mini-CERTS). Pour tester cette hypothèse dite exploratoire, nous allons réaliser différentes régressions linéaires multiples dont les variables indépendantes sont le soutien conjugal (QSC) et l'ajustement dyadique (DCI).

3.1.1 Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent l'intolérance à l'incertitude

Une régression linéaire multiple (voir tableau 17) a été réalisée pour prédire l'intolérance à l'incertitude (QII) à partir du soutien conjugal (QSC) et de l'ajustement dyadique (DCI). Les modèles ont expliqué une part significative de la variance dans l'intolérance à l'incertitude, $F(2, 23) = 8.18, p < .002$; $R^2 = 0,416$; $R^2_{ajusté} = 0,365$. Ainsi, 36% de la variabilité de l'intolérance à l'incertitude (QII) sont expliqués par le soutien conjugal (QSC) et l'ajustement dyadique (DCI).

Tableau 17 : modèle global de régression linéaire multiple

	r^2	r^2 ajusté	F	dl1	dl2	p
Modèle	0.416	0.365	8.18	2	23	<.002**

Note. ** $p < .01$

L'ajustement dyadique (DCI) était un prédicteur significatif de l'intolérance à l'incertitude (QII) ($\beta = 0.58, t = 3.50 ; p = 0.002$), avec une augmentation d'un point du score du DCI qui correspondrait à une augmentation du score du QII de 0,63 point. Le soutien conjugal (QSC) ($\beta = -0.49, t = -2.95, p = 0.007$) était également un prédicteur significatif de l'intolérance à l'incertitude, avec une augmentation d'un point du score du QSC qui correspondrait à une diminution du score du QII de 2.17 points.

Tableau 18 : régression linéaire multiple

	B	β	t	p
DCI total	0.63	0.58	3.50	0.002**
QSC total	-2.17	-0.49	-2.95	0.007**

Note. ** $p < .01$

3.1.2 Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent les attitudes face aux problèmes

Une régression linéaire multiple a été réalisée pour prédire les attitudes face aux problèmes (QAP) à partir du soutien conjugal (QSC) et de l'ajustement dyadique (DCI). Les modèles ont expliqué une part significative de la variance dans l'intolérance à l'incertitude, $F(2, 23) = 4.77$, $p = 0.019$; $R^2 = 0,293$; R^2 ajusté = 0,232. Ainsi, 23% de la variabilité de l'intolérance à l'incertitude (QII) sont expliqués par le soutien conjugal (QSC) et l'ajustement dyadique (DCI).

Tableau 19 : modèle global de régression linéaire multiple

	r^2	r^2 ajusté	F	dl1	dl2	p
Modèle	0.293	0.232	4.77	2	23	0.019*

Note. * $p < .05$

L'ajustement dyadique (DCI) était un prédicteur significatif des attitudes face aux problèmes (QAP) ($\beta = 0.47$, $t = 2.55$; $p = 0.018$), avec une augmentation d'un point du score du DCI qui correspondrait à une augmentation du score du QAP de 0,25 point. Le soutien conjugal (QSC) ($\beta = -0.44$, $t = -2.40$, $p = 0.025$) était également un prédicteur significatif des attitudes aux problèmes, avec une augmentation d'un point du score du QSC qui correspondrait à une diminution du score du QAP de 0.98 point.

Tableau 20 : régression linéaire multiple

	B	β	t	p
DCI total	0.25	0.47	2.55	0.018*
QSC total	-0.98	-0.44	-2.40	0.025*

Note. * $p < .05$

3.1.3 Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent les croyances positives concernant l'inquiétude

Le modèle global de régression linéaire multiple n'est pas significatif ($F(2, 23) = 0.191$; $p = 0,171$; $r^2 = 0,142$; r^2 ajusté = 0,0679). L'ajustement dyadique (DCI) ($t = 0,953$; $p = 0,350$) et le soutien conjugal (QSC) ($t = -1.909$; $p = 0,069$) ne prédisent pas significativement les croyances positives concernant l'inquiétude (PSI-II). Les résultats de la régression linéaire ne permettent pas de montrer un effet de prédiction du soutien conjugal et de l'ajustement dyadique sur les croyances positives concernant l'inquiétude.

3.1.4 Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent l'évitement cognitif

Une régression linéaire multiple a été réalisée pour prédire l'évitement cognitif (QEC) à partir du soutien conjugal (QSC) et de l'ajustement dyadique (DCI). Les modèles ont expliqué une part significative de la variance dans l'intolérance à l'incertitude, $F(2, 23) = 6.58, p = 0.005$; $R^2 = 0,364$; R^2 ajusté = 0,309. Ainsi, 31% de la variabilité de l'évitement cognitif (QEC) sont expliqués par le soutien conjugal (QSC) et l'ajustement dyadique (DCI).

Tableau 21 : modèle global de régression linéaire multiple

	r^2	r^2 ajusté	F	dl1	dl2	p
Modèle	0.364	0.309	6.58	2	23	0.005**

Note. ** $p < .01$

L'ajustement dyadique (DCI) était un prédicteur significatif des évitements cognitifs (QEC) ($\beta = 0.51, t = 2.91 ; p = 0.008$), avec une augmentation d'un point du score du DCI qui correspondrait à une augmentation du score du QEC de 0,55 point. Le soutien conjugal (QSC) ($\beta = -2.27, t = -2.92, p = 0.008$) était également un prédicteur significatif de l'intolérance à l'incertitude, avec une augmentation d'un point du score du QSC qui correspondrait à une diminution du score du QEC de 2.27 points.

Tableau 22 : régression linéaire multiple

	B	β	t	p
DCI total	0.55	0.51	2.91	0.008**
QSC total	-2.27	-0.51	-2.92	0.008**

Note. ** $p < .01$

3.1.5 Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent les pensées concrètes expérientielles

Le modèle global de régression linéaire multiple n'est pas significatif ($F(2, 23) = 0.216, p = 0,216$; $r^2 = 0,125$; r^2 ajusté = 0,048). L'ajustement dyadique ($t = -0.242, p = 0.811$) et le soutien conjugal ($t = -1.647, p = 0.113$) ne prédisent pas significativement les pensées concrètes expérientielles. Les résultats de la régression linéaire multiple ne permettent pas de montrer que le soutien conjugal et l'ajustement dyadique sont des effets prédicteurs des pensées concrètes expérientielles.

3.1.6 *Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent les pensées abstraites analytiques*

Une régression linéaire multiple a été réalisée pour prédire les pensées abstraites analytiques (Mini-CERTS PAA) à partir du soutien conjugal (QSC) et de l'ajustement dyadique (DCI). Les modèles ont expliqué une part significative de la variance des pensées abstraites analytiques, $F(2, 23) = 5.09, p = 0.015$; $R^2 = 0,307$; $R^2_{ajusté} = 0,247$. Ainsi, 25% de la variabilité des pensées abstraites analytiques (Mini-CERTS PAA) sont expliqués par le soutien conjugal (QSC) et l'ajustement dyadique (DCI).

Tableau 23 : modèle global de régression linéaire multiple

	r^2	r^2 ajusté	F	dl1	dl2	p
Modèle	0.307	0.247	5.09	2	23	0.015*

Note. * $p < .01$

L'ajustement dyadique (DCI) était un prédicteur significatif des pensées abstraites analytiques (Mini-CERTS PAA) ($\beta = 0.41, t = 2.23 ; p = 0.036$), avec une augmentation d'un point du score du DCI qui correspondrait à une augmentation du score du Mini-CERTS PAA de 0,08 point. Le soutien conjugal (QSC) ($\beta = -0.51, t = -2.83, p = 0.010$) était également un prédicteur significatif de l'intolérance à l'incertitude, avec une augmentation d'un point du score du QSC qui correspondrait à une diminution du score du Mini-CERTS PAA de 0.44 point.

Tableau 24 : régression linéaire multiple

	B	β	t	p
DCI total	0.08	0.41	2.23	0.036*
QSC total	-0.44	-0.51	-2.83	0.010*

Note. * $p < .01$

3.2 *Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent les facteurs de détresse psychologique*

Une régression linéaire multiple a été réalisée pour prédire la détresse psychologique (HADS total) à partir du soutien conjugal (QSC) et de l'ajustement dyadique (DCI). Les modèles ont expliqué une part significative de la variance dans l'intolérance à l'incertitude, $F(2, 23) = 36.8, p < .001$; $R^2 = 0,762$; $R^2_{ajusté} = 0,741$. Ainsi, 74% de la variabilité de la détresse émotionnelle (HADS total) sont expliqués par le soutien conjugal (QSC) et l'ajustement dyadique (DCI).

Tableau 25 : modèle global de régression linéaire multiple

	r^2	r^2 ajusté	F	dl1	dl2	p
Modèle	0.762	0.741	36.8	2	23	<.001***

Note. *** $p <.001$

L'ajustement dyadique (DCI) était un prédicteur significatif de la détresse psychologique (HADS total) ($\beta = 0.82$, $t = 7.55$; $p <.001$), avec une augmentation d'un point du score du DCI qui correspondrait à une augmentation du score du HADS total de 0,25 point. Le soutien conjugal (QSC) ($\beta = -0.76$, $t = -5.75$, $p <.001$) était également un prédicteur significatif de la détresse psychologique, avec une augmentation d'un point du score du QSC qui correspondrait à une diminution du score du HADS total de 0,76 point.

Tableau 26 : régression linéaire multiple

	B	β	t	p
DCI total	0.25	0.82	7.75	<.001***
QSC total	-0.76	-0.61	-5.75	<.001***

Note. *** $p <.001$

3.2.1 Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent les symptômes d'anxiété

Une régression linéaire multiple a été réalisée pour prédire les symptômes d'anxiété (HADS anxiété) à partir du soutien conjugal (QSC) et de l'ajustement dyadique (DCI). Les modèles ont expliqué une part significative de la variance des symptômes d'anxiété, $F (2, 23) = 36.8$, $p <.001$; $R^2 = 0,586$; R^2 ajusté = 0,550. Ainsi, 55% de la variabilité des symptômes d'anxiété (HADS anxiété) est expliquée par le soutien conjugal (QSC) et l'ajustement dyadique (DCI).

Tableau 27 : modèle global de régression linéaire multiple

	r^2	r^2 ajusté	F	dl1	dl2	p
Modèle	0.586	0.550	16.3	2	23	<.001***

Note. *** $p <.001$

L'ajustement dyadique (DCI) était un prédicteur significatif de l'anxiété (HADS anxiété) ($\beta = 0.71$, $t = 5.04$; $p <.001$), avec une augmentation d'un point du score du DCI qui correspondrait à une augmentation du score du HADS anxiété de 0,13 point. Le soutien conjugal (QSC) ($\beta = -0.44$, $t = -2.40$, $p = 0.025$) était également un prédicteur significatif de l'anxiété, avec une augmentation d'un point du score du QSC qui correspondrait à une diminution du score du HADS anxiété de 0,44 point.

Tableau 28 : régression linéaire multiple

	B	β	t	p
DCI total	0.13	0.71	5.04	<.001***
QSC total	-0.44	-0.56	-4.01	<.001***

Note. *** $p < .001$

3.2.2 *Le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent les symptômes de dépression*

Une régression linéaire multiple a été réalisée pour prédire les symptômes de dépression (HADS dépression) à partir du soutien conjugal (QSC) et de l'ajustement dyadique (DCI). Les modèles ont expliqué une part significative de la variance des symptômes de dépression, $F(2, 23) = 18.3, p < .001$; $R^2 = 0,614$; $R^2_{ajusté} = 0,580$. Ainsi, 55% de la variabilité des symptômes de dépression (HADS dépression) est expliquée par le soutien conjugal (QSC) et l'ajustement dyadique (DCI).

Tableau 29 : modèle global de régression linéaire multiple

	r^2	r^2 ajusté	F	dl1	dl2	p
Modèle	0.614	0.580	18.3	2	23	<.001***

Note. *** $p < .001$

L'ajustement dyadique (DCI) était un prédicteur significatif de la dépression (HADS dépression) ($\beta = 0.76, t = 5.60 ; p < .001$), avec une augmentation d'un point du score du DCI qui correspondrait à une augmentation du score du HADS dépression de 0,11 point. Le soutien conjugal (QSC) ($\beta = -0.44, t = -2.40, p = 0.025$) était également un prédicteur significatif de l'anxiété, avec une augmentation d'un point du score du QSC qui correspondrait à une diminution du score du HADS dépression de 0.32 point.

Tableau 30 : régression linéaire multiple

	B	β	t	p
DCI total	0.11	0.76	5.60	<.001***
QSC total	-0.32	-0.51	-3.80	<.001***

Note. *** $p < .001$

3.3 L'intolérance à l'incertitude et ses variables associées prédisent les facteurs de détresse psychologique

Une régression linéaire multiple a été réalisée pour prédire la détresse psychologique (HADS total) à partir de l'intolérance à l'incertitude (QII) et ses variables associées (QAP, PSI-II, QEC, Mini-CERTS). Les modèles ont expliqué une part significative de la variance dans la détresse psychologique, $F(6, 19) = 11,8, p < .001$; $R^2 = 0,789$; $R^2_{ajusté} = 0,722$. Ainsi, 72% de la variabilité de la détresse psychologique (HADS total) sont expliqués par l'intolérance à l'incertitude (QII) et ses variables associées (QAP, PSI-II, QEC, Mini-CERTS).

Tableau 31 : modèle global de régression linéaire multiple

	r^2	r^2 ajusté	F	dl1	dl2	p
Modèle	0.789	0.722	11.8	6	19	<.001***

Note. *** $p < .001$

L'intolérance à l'incertitude (QII) était un prédicteur significatif de la détresse psychologique (HADS total) ($\beta = 0.97, t = 3.77 ; p = 0.001$), avec une augmentation d'un point du score du QII qui correspondrait à une augmentation du score de l'HADS total de 0,27 point. Les croyances positives concernant l'inquiétude (PSI-II) ($\beta = -0.83, t = -3.54, p = 0.002$) étaient également un prédicteur significatif de la détresse psychologique (HADS total), avec une augmentation d'un point du score du PSI-II qui correspondrait à une diminution du score de l'HADS total de 0.25 point. L'évitement cognitif (QEC) ($\beta = 0.55, t = 2.40 ; p = 0,027$) était également un prédicteur significatif de la détresse psychologique (HADS total), avec une augmentation d'un point du score du QEC qui correspondrait à une augmentation de l'HADS total de 0.15 point.

Les attitudes face au problème (QAP) ($\beta = -0.08, t = -0.28 ; p = 0.786$), aux pensées concrètes expérientielles (PCE) ($\beta = -0.14, t = -0,86 ; p = 0,400$) et aux pensées abstraites analytiques (PAA) ($\beta = 0.14, t = 0.67 ; p = 0.514$) ne sont pas des prédicteurs significatifs de la détresse psychologique (HADS total).

Tableau 32 : régression linéaire multiple

	B	β	t	p
QII total	0.27	0.97	3.77	0.001***
QAP total	-0.05	-0.08	-0.28	0.786
PSI total	-0.25	-0.83	-3.54	0.002**
QEC total	0.15	0.55	2.40	0.027*
Mini-CERTS PAA	0.21	0.14	0.67	0.514
Mini-CERTS PCE	-0.25	-0.14	-0.86	0.400

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.3.1 L'intolérance à l'incertitude et ses variables associées prédisent l'anxiété

Une régression linéaire multiple a été utilisée afin de prédire les symptômes d'anxiété (HADS anxiété) à partir de l'intolérance à l'incertitude (QII) et ses variables associées (QAP, PSI-II, QEC, Mini-CERTS). Les modèles globaux ont expliqué une part significative de la variance dans les symptômes d'anxiété, $F(6, 19) = 6.19$; $p < .001$; $R^2 = 0,662$; $R^2_{ajusté} = 0,56$. Ainsi, 55% de la variabilité de l'anxiété (HADS anxiété) sont expliqués par l'intolérance à l'incertitude (QII) et ses variables associées (QAP, PSI-II, QEC, Mini-CERTS).

Tableau 33 : modèle global de régression linéaire multiple

	R²	R² ajusté	F	dl1	dl2	p
Modèle	0.662	0.555	6.19	6	19	<.001***

Note. *** $p < .001$

Les croyances positives concernant l'inquiétude (PSI-II) étaient un prédicteur significatif des symptômes d'anxiété (HADS anxiété) ($\beta = -0.92$, $t = -3.11$; $p = 0,006$), avec une augmentation d'un point du PSI-II qui correspondrait à une diminution de l'HADS anxiété de 0.17 point. Cependant, les résultats liés à l'intolérance à l'incertitude (QII) ($t = 1.56$; $p = 0,136$), à l'évitement cognitif (QEC) ($\beta = 1,971$; $p = 0,064$), aux attitudes face au problème (QAP) ($t = 1,372$; $p = 0,186$), aux pensées concrètes expérientielles (PCE) ($t = 0,931$; $p = 0,364$) et aux pensées abstraites analytiques (PAA) ($t = -0,606$; $p = 0,606$) ne sont pas significatifs.

Tableau 34 : régression linéaire multiple

	B	β	t	p
QII total	0.09	0.51	1.57	0.136
QAP total	0.19	-0.54	1.37	0.186
PSI total	-0.17	-0.92	-3.11	0.006**
QEC total	0.10	0.57	1.97	0.064
Mini-CERTS PAA	-0.13	-0.14	-0.53	0.606
Mini-CERTS PCE	-0.22	0.19	0.93	0.364

Note. ** $p < .01$

3.3.2 L'intolérance à l'incertitude et ses variables associées prédisent la dépression

Une régression linéaire multiple a été utilisée afin de prédire les symptômes de dépression (HADS dépression) à partir de l'intolérance à l'incertitude (QII) et ses variables associées (QAP, PSI-II, QEC, Mini-CERTS). Le modèle global a expliqué une part significative de la variance dans les symptômes d'anxiété, $F(6, 19) = 9.33$; $p < .001$; $R^2 = 0.78$; $R^2_{ajusté} = 0.67$. Ainsi, 55% de la variabilité de la dépression (HADS dépression) sont expliqués par l'intolérance à l'incertitude (QII) et ses variables associées (QAP, PSI-II, QEC, Mini-CERTS).

Tableau 35 : modèle global de régression linéaire multiple

	R²	R² ajusté	F	dl1	dl2	p
Modèle	0.747	0.667	9.33	6	19	<.001***

Note. *** $p < .001$

Les croyances positives concernant l'inquiétude (PSI-II) étaient un prédicteur significatif des symptômes de dépression (HADS dépression) ($\beta = -0.92$, $t = -3.11$; $p = 0.006$), avec une augmentation d'un point du PSI-II qui correspondrait à une diminution de l'HADS anxiété de 0.17 point. Cependant, les résultats liés à l'intolérance à l'incertitude (QII) ($t = 1.56$; $p = 0.136$), à l'évitement cognitif (QEC) ($\beta = 0.57$, $t = 1.97$; $p = 0.064$), aux attitudes face au problème (QAP) ($t = 1.372$; $p = 0.186$), aux pensées concrètes expérientielles (PCE) ($t = 0.931$; $p = 0.364$) et aux pensées abstraites analytiques (PAA) ($t = -0.606$; $p = 0.606$) ne sont pas significatifs.

Tableau 36: régression linéaire multiple

	B	β	t	p
QII total	0.18	1.23	1.57	<.001***
QAP total	-0.24	-0.85	1.37	0.022*
PSI total	-0.07	-0.49	-3.11	0.069
QEC total	0.05	0.38	1.97	0.146
Mini-CERTS PAA	0.34	0.47	-0.53	0.063
Mini-CERTS PCE	-0.47	-0.52	0.93	0.009**

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.4 Liens entre la détresse psychologique et l'intolérance à l'incertitude et ses facteurs associés

Une matrice de corrélation a été réalisée afin d'observer si des corrélations existent entre la détresse psychologique (HADS total), dont les symptômes d'anxiété (HADS anxiété) et les symptômes de dépression (HADS dépression) et l'intolérance à l'incertitude (QII) et ses variables associées (QEC, QAP, PSI-II, Mini-CERTS PAA, Mini-CERTS PCE). La matrice de corrélation figure en annexe de ce mémoire (Annexe 11).

Il existe des corrélations positives significatives entre l'intolérance à l'incertitude (QII) et la détresse psychologique (HADS total) ($r = 0.853, p < 0.001$), les symptômes d'anxiété (HADS anxiété) ($r = 0.658, p < 0.001$) et les symptômes de dépression (HADS dépression) ($r = 0.596, p = 0.001$). Concernant les attitudes face aux problèmes (QAP), des corrélations positives et significatives sont également présentes pour la détresse psychologique (HADS total) ($r_s = 0.637, p < 0.001$), pour les symptômes d'anxiété (HADS anxiété) ($r_s = 0.624, p < 0.001$) et pour les symptômes de dépression (HADS dépression) ($r_s = 0.458, p = 0.019$). Des corrélations positives et significatives sont aussi relevées entre l'évitement cognitif (QEC) et la détresse psychologique (HADS total) ($r = 0.652, p < 0.001$), les symptômes d'anxiété (HADS anxiété) ($r = 0.634, p < 0.001$) et les symptômes de dépression ($r = 0.506, p = 0.008$). Les pensées abstraites-analytiques (Mini-CERTS PAA) sont corrélées positivement et significativement avec la détresse psychologique (HADS total) ($r = 0.601, p = 0.001$), ainsi qu'avec les symptômes d'anxiété (HADS anxiété) ($r = 0.569, p = 0.002$) et de dépression (HADS dépression) ($r = 0.610, p < 0.001$).

En revanche, il n'y a aucune corrélation significative entre les croyances positives concernant l'inquiétude (PSI-II) et la détresse psychologique (HADS total) ($r_s = 0.363, p =$

0.069), les symptômes d'anxiété (HADS anxiété) ($r_s = 0.366, p = 0.066$) et les symptômes de dépression (HADS dépression) ($r_s = 0.214, p = 0.294$). Il n'y a pas de corrélation significative entre les pensées concrètes expérientielles (Mini-CERTS PCE) et la détresse psychologique (HADS total) ($r = 0.055, p = 0.789$), les symptômes anxieux ($r = 0.165, p = 0.421$) et dépressifs ($r = -0.097, p = 0.637$).

IV. DISCUSSION

Dans cette partie, les résultats seront interprétés et discutés en fonction de nos hypothèses et ceux-ci seront comparés à la littérature scientifique présentée précédemment. Ensuite, les limites et les forces seront abordées et enfin, des perspectives futures seront proposées en lien avec cette étude afin d'encourager à poursuivre les recherches dans le domaine.

1. Interprétation des résultats

Il est important de souligner que l'interprétation des résultats est à regarder avec prudence, au vu des risques que présente l'utilisation des régressions linéaires comme détaillés au début de la partie relative aux statistiques de ce mémoire. Afin d'analyser les résultats issus de cette étude, il est nécessaire de revenir sur la littérature scientifique présentée en début de ce travail afin de mettre en parallèle les résultats attendus avec les résultats obtenus, dans le cas des hypothèses confirmatoires.

1.1 *Retour sur la première hypothèse*

Concernant l'hypothèse *exploratoire des effets prédicteurs du soutien conjugal et de l'ajustement dyadique sur l'intolérance à l'incertitude et ses variables associées*, de par sa définition, il n'est pas possible de la mettre en relation avec de la littérature qui nous permettrait de confirmer celle-ci au sein de cette étude. C'est pourquoi il ne sera pas question de confirmer des résultats mais plutôt d'exposer des tendances, qui devront être répliquées afin de pouvoir confirmer les analyses à ce sujet.

Les résultats de notre recherche montrent de manière significative que le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent l'intolérance à l'incertitude, les attitudes face aux problèmes, l'évitement cognitif et les pensées abstraites-analytiques. Cependant, ce ne fut pas le cas pour les croyances positives concernant l'inquiétude, puisque l'étude n'a pas permis d'obtenir des résultats significatifs d'une prédition du soutien conjugal et de l'ajustement dyadique sur cette variable. De plus, l'étude ne permet pas de montrer des résultats significatifs pour les pensées concrètes-expérientielles.

Pour les résultats significatifs, lorsque l'on s'intéresse à l'effet du soutien conjugal et de l'ajustement dyadique pris séparément, on observe presque systématiquement qu'un meilleur soutien conjugal tendrait un moindre score lié à l'intolérance à l'incertitude et ses variables associées. Ainsi, plus le soutien conjugal est important chez les conjoints de personnes atteintes d'un cancer, moins ils seraient touchés par l'intolérance à l'incertitude ainsi que par l'évitement cognitif, des attitudes négatives face aux problèmes et les pensées abstraites-analytiques. Par contre, les résultats émettent la tendance que l'ajustement dyadique des partenaires serait un prédicteur de l'intolérance à l'incertitude et la majorité de ses facteurs associés. En effet, plus l'ajustement dyadique serait élevé, plus les conjoints ressentiraient de l'intolérance à l'incertitude ainsi que par l'évitement cognitif, des attitudes négatives face aux problèmes et des pensées abstraites-analytiques. Il n'est toutefois pas possible de confirmer ces résultats au vu du manque de littérature à ce sujet.

1.2 *Retour sur la deuxième hypothèse*

Concernant l'hypothèse selon laquelle **le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent les facteurs de détresse psychologique**, il était attendu que les facteurs relationnels auraient un impact sur l'anxiété et la dépression. Plus précisément, les résultats devraient tendre vers les résultats similaires obtenus dans de précédentes études (Bodenmann, 2005 ; Regan et al., 2014 ; Li et al., 2023), à savoir qu'un soutien conjugal et un ajustement dyadique positifs et importants chez les conjoints de personnes atteintes d'un cancer diminueraient la détresse psychologique, dont les symptômes anxieux et dépressifs.

Les résultats de cette étude montrent que le soutien conjugal et l'ajustement dyadique ont un effet prédicteur de la détresse psychologique, dont l'anxiété et la dépression. Ceci montre que les facteurs liés à la dynamique de couple ont un impact sur la détresse psychologique. Plus précisément, un soutien conjugal important et un ajustement dyadique positif ont tendance à diminuer la détresse émotionnelle chez les conjoints de partenaires de personnes atteintes d'un cancer. Ces analyses corroborent les résultats des études détaillées dans ce travail. Ainsi, cette étude permet de confirmer les résultats précédents.

Comme dans l'hypothèse précédente, pris séparément, le soutien conjugal et l'ajustement dyadique prédisent significativement la détresse psychologique, ainsi que l'anxiété et la dépression. Si l'on se fie aux résultats de cette recherche, il est montré que, plus le soutien conjugal est important, moins les conjoints de patients présenteraient de la détresse

émotionnelle, à savoir de l'anxiété et de la dépression. Ces résultats sont ceux qui étaient attendus, et il est donc possible de tendre vers des résultats confirmatoires des recherches précédentes. Cependant, les résultats liés à l'ajustement dyadique vont dans le sens inverse des attentes. Plus l'ajustement dyadique chez les conjoints est important, plus ils vont ressentir de l'anxiété et de la dépression. Il n'est donc pas possible de confirmer cette hypothèse au sein de cette recherche concernant l'ajustement dyadique, mais bien concernant le soutien conjugal.

1.3 Retour sur la troisième hypothèse

L'hypothèse selon laquelle **l'intolérance à l'incertitude et ses variables associées prédisent les facteurs de détresse psychologique** a précédemment été testée dans d'autres études (Carleton, 2016 ; Jensen et al., 2016 ; Vander Haegen, 2017). Les résultats attendus sont que l'intolérance à l'incertitude et ses variables associées ont un effet prédicteur sur les facteurs de détresse psychologique, à savoir l'anxiété et la dépression. Cependant, concernant les attentes de résultats liées à la dépression, l'étude de Jensen et ses collaborateurs (2016) ne s'aligne pas avec les études précédentes puisque la dépression ne serait pas corrélée positivement à l'intolérance à l'incertitude, contrairement aux symptômes d'anxiété où toutes les études présentées tendent vers un résultat élevé dans la détresse psychologique lorsque l'intolérance à l'incertitude (et des variables associées) est importante.

Les résultats de cette étude permettent de montrer un résultat significatif d'un effet prédicteur de l'intolérance à l'incertitude sur les facteurs de détresse psychologique, et que ce soit pour l'anxiété ou la dépression. Ainsi, les analyses corroborent dans le sens des études présentées ci-dessus, ce qui ne permet pas d'aller dans le sens de l'étude de Jensen (2016).

Plus précisément, concernant la détresse psychologique considérée de façon globale, les résultats qui sont significatifs tendent vers une prédiction de l'intolérance à l'incertitude et l'évitement cognitif. Les croyances positives concernant les inquiétudes sont négativement corrélées avec la détresse psychologique. Ce résultat est contraire aux attentes de l'étude. Cependant, il n'est pas possible de confirmer totalement les résultats puisque cette présente étude ne permet pas de montrer des résultats significatifs concernant les attitudes face aux problèmes, les pensées abstraites-analytiques et les pensées concrètes-expérientielles. Au niveau de l'anxiété, le seul résultat significatif se réfère aux croyances positives concernant les inquiétudes mais celui-ci est négatif. En effet, plus les croyances positives concernant les inquiétudes sont importantes, moins les conjoints présentent de la détresse psychologique. Les

autres résultats ne sont pas significatifs, ce qui ne permet pas de confirmer notre hypothèse lorsque les variables sont considérées de façon individuelle. Enfin, pour les symptômes dépressifs pris individuellement, une intolérance à l'incertitude élevée chez les conjoints de personnes atteintes d'un cancer prédirait significativement les symptômes de dépression, ce qui correspond aux résultats de la littérature scientifique, hormis l'étude de Jensen (2016). Cependant, toujours pris individuellement, il y a un effet significatif et négatif, prédicteur des attitudes face aux problèmes. Contrairement aux attentes, avoir des attitudes négatives face aux problèmes prédit un taux faible de symptômes dépressifs. Un résultat négatif et significatif est également observé pour les pensées concrètes-expérientielles, ce qui est en lien avec notre hypothèse, puisque ces dernières sont en intercorrélation avec les pensées abstraites-analytiques et sont un facteur protecteur de la détresse psychologique.

1.4 Retour sur la quatrième hypothèse

Il était attendu d'obtenir des **corrélations positives entre l'intolérance à l'incertitude et ses variables associées et les facteurs de détresse psychologique**. Les analyses corrélationnelles de cette étude montrent que la détresse émotionnelle, dont les symptômes anxieux et dépressifs, ont un lien avec l'intolérance à l'incertitude, l'évitement cognitif, les attitudes face aux problèmes et les pensées abstraites analytiques. Ainsi, plus les conjoints ressentent de l'anxiété et de la dépression, plus ils présenteraient des taux élevés d'intolérance à l'incertitude, d'évitement cognitif, d'attitudes face aux problèmes et des pensées abstraites analytiques dites non-constructives. Ces résultats concordent avec ce qui était attendu comme résultat au sein de ce mémoire, et cela vient confirmer les modèles présents dans la littérature (Vander Haegen, 2017). En effet, comme dans les précédentes recherches mettant en lien la détresse psychologique et l'intolérance à l'incertitude (et ses variables associées), le phénomène d'intolérance à l'incertitude, par définition, s'inscrit dans le TAG et ainsi, il était attendu d'observer des liens entre ces variables. Cependant, concernant, les symptômes dépressifs, les recherches étaient plus mitigées puisque, selon Jensen (2016), la dépression serait davantage associée à de la certitude (que les choses vont mal). Ainsi, l'attente d'un lien entre les variables était attendu mais pas dans un sens précis.

À l'issue de cette étude, il n'a pas été possible de montrer des liens significatifs entre les croyances positives concernant l'inquiétude et la détresse psychologique (dont les symptômes anxieux et dépressifs). Il était attendu que les croyances positives concernant l'inquiétude, tout

comme pour l'intolérance à l'incertitude et ses autres variables associées, soient corrélées positivement et significativement avec la détresse psychologique (symptômes anxieux et dépressifs) mais les résultats ne sont pas significatifs pour pouvoir le démontrer. De plus, les résultats ne sont pas significatifs concernant les pensées concrètes expérientielles. Il était attendu que ceux-ci soient inversement corrélés avec les pensées abstraites-analytiques, puisque ceux-ci sont en intercorrélation (Douillez et al., 2014, cité par Vander Haegen, 2017). Il était donc attendu que les pensées concrètes expérientielles soient négativement corrélées à la détresse psychologique.

2. Forces et limites de l'étude

Cette recherche présente plusieurs forces méthodologiques notables. Comme précisé dans la partie dédiée à la méthodologie de ce mémoire, l'administration de la batterie de questionnaires validés s'est faite en présence de l'investigatrice, ce qui a permis, par exemple, de répondre à des questions relatives à la compréhension des items ou à des questions relatives aux consignes des questionnaires. Ce fut particulièrement adapté à la population de l'échantillon qui était principalement composée d'un public âgé. Cette modalité a également, pour certains participants, ouvert un espace d'échanges humains puisque plusieurs conjoints se sont confiés et ont partagé leur vécu personnel.

Par ailleurs, la spécificité de la population étudiée constitue à la fois une force et une limite. S'intéresser à une population cliniquement ciblée, dans ce cas, des conjoints de personnes atteintes d'un cancer, confère une pertinence clinique et contextuelle aux données récoltées. Cependant, cette population reste difficile d'accès et pas encore assez représentée dans la littérature actuelle, ce qui limite la reproductibilité de l'étude ainsi que la possibilité de généralisation des résultats.

La limite principale de cette étude concerne l'échantillon de participants. Celui-ci se composait de 26 conjoints, ce qui ne permettait pas d'obtenir une puissance significative et rend les résultats plus sensibles aux variations individuelles. Une taille d'échantillon plus importante aurait permis une meilleure stabilité des estimations et une meilleure robustesse afin de confirmer ou infirmer les hypothèses.

En plus d'un problème lié à la puissance, il faut noter que l'utilisation de régressions linéaires multiples génère des résultats statistiques à prendre avec beaucoup de prudence. De fait, la multicolinéarité a été vérifiée avant d'entamer les analyses statistiques mais, comme mentionné précédemment, le facteur d'inflation de variance (VIF) se situait entre 5 et 10 pour deux variables.

Une autre limite est l'absence d'un groupe contrôle. Cela empêche toute comparaison avec les mêmes modalités et méthodologie. Par exemple, il aurait été intéressant d'étudier une population non-clinique, c'est-à-dire des conjoints sans que leur partenaire soit touché par une maladie telle que le cancer. Si l'échantillon avait été davantage important, il aurait été intéressant de distinguer des groupes au sein de l'échantillon, ce qui aurait, par exemple, permis de distinguer l'état psychologique des femmes de ceux des hommes. C'est pourquoi il n'y a pas eu d'analyses comparatives par rapport à l'échantillon dans cette étude.

Une autre limite est le contexte de passation qui peut avoir influencé la qualité des réponses. Pour la plupart des participants, la batterie de questionnaires a été complétée après le rendez-vous avec le médecin oncologue, ce qui a pu induire une fatigue physique ou psychologique ainsi qu'une distraction cognitive. Ces biais peuvent avoir eu un impact sur la concentration des partenaires.

Enfin, en se basant sur les retours des participants, plusieurs d'entre eux ont rapporté que la passation s'est avérée assez longue, ce qui pourrait laisser penser à un éventuel biais de fatigabilité au sein de l'échantillon. D'autres conjoints ont mentionné que les items proposés étaient parfois complexes au niveau de la compréhension. Ces retours peuvent également se lier avec le fait que la majorité des participants était âgée et que la compléction des questionnaires a peut-être impliqué un investissement cognitif conséquent, notamment en termes d'attention soutenue. De plus, certains d'entre eux s'arrêtaient régulièrement durant la passation afin de réagir et de partager leur vécu en fonction de l'item qu'ils complétaient, ce qui a pu accentuer un éventuel biais attentionnel. Ces variables sont intéressantes d'être mentionnées, malgré qu'elles ne puissent pas être contrôlées.

Ces éléments soulignent l'importance, dans de futures recherches, de recourir à des échantillons plus larges afin d'obtenir assez de preuves pour mettre en avant des effets significatifs dans les résultats aux tests statistiques.

3. Perspectives futures

Il serait intéressant de poursuivre la recherche scientifique dans le thème de la détresse psychologique chez les conjoints de personnes atteintes d'un cancer, en intégrant l'intolérance à l'incertitude et ses variables associées. De plus, contrairement à cette recherche, un large échantillon permettrait d'observer des résultats significatifs plus robustes. À l'heure actuelle, aucune étude n'a pu montrer l'impact du soutien conjugal et de l'ajustement dyadique sur l'intolérance à l'incertitude que le conjoint peut vivre.

Dans une perspective clinique, la pertinence de l'étude de la santé mentale des conjoints de patients oncologiques est évidente. En effet, des connaissances plus poussées à propos du vécu des conjoints pourraient permettre aux équipes de professionnels dans les services d'oncologie de porter une attention particulière sur le conjoint. Dès lors, en vue de travailler sur la qualité de la santé mentale du conjoint de la personne atteinte, les services d'oncologie pourraient augmenter les aides thérapeutiques et les proposer de façon systématique. Ces interventions pourraient, d'une part, se présenter sous forme de création d'un groupe de paroles pour les conjoints, laissant ainsi la possibilité de partager leurs difficultés quotidiennes liées à l'accompagnement du patient. D'autre part, la mise à disposition de séances de thérapies individuelles serait intéressante afin que le partenaire puisse exprimer son vécu, ses difficultés et les sentiments développés par rapport au rôle d'aidant, mais aussi des conséquences qui en découlent. D'un point de vue systémique, des suivis psychologiques en couple pourraient certainement être bénéfiques pour permettre à la dyade de maintenir une homéostasie et de vivre la maladie à deux le plus sereinement possible.

V. CONCLUSION

La présente recherche s'est penchée sur l'étude du support conjugal et de l'ajustement dyadique dans le contexte de l'oncologie, et plus particulièrement sur les partenaires de patients atteints d'un cancer. L'objectif a été de tester des relations entre les facteurs liés au couple et la santé mentale des conjoints, afin d'observer les effets d'un ajustement dyadique et d'un soutien conjugal positifs sur le vécu des conjoints, qui figurent souvent comme le premier aidant du patient. L'initiative de cette étude a découlé des apports présents dans la littérature scientifique, bien qu'elle ne soit pas encore assez importante, et encore trop peu axée sur le sujet de l'intolérance à l'incertitude chez les conjoints dans le contexte oncologique.

Dans cette recherche, il n'a pas été possible de confirmer des résultats mais plutôt mettre en avant des tendances, car les analyses demandent de rester extrêmement prudents concernant l'interprétation des résultats et des biais que comporte l'étude. Toutefois, grâce à cette recherche, il est possible de montrer que le soutien conjugal diminue les symptômes anxieux et dépressifs dans l'échantillon de conjoints. L'étude a aussi permis de mettre en avant, comme dans de précédentes études, certains liens et prédictions entre les facteurs de détresse psychologique et l'intolérance à l'incertitude (et ses variables associées). Cependant, au sein de cette recherche, il n'est pas possible à l'heure actuelle de montrer un impact positif de l'ajustement dyadique sur la détresse psychologique. D'autres études pourraient investiguer la relation entre l'intolérance à l'incertitude (et ses variables associées) et les facteurs liés au couple.

Pour conclure, il est recommandé d'investiguer davantage dans le domaine afin de pouvoir confirmer les résultats présents dans la littérature et de répliquer cette étude en limitant ses biais méthodologiques.

BIBLIOGRAPHIE

- Applebaum, A., Panjwani, A., Buda, K., O'Toole, M., Hoyt, M., Garcia, A., Fresco, D., Mennin, D. (2020). Emotion regulation therapy for cancer caregiver - an open trial of a mechanism-targeted approach to addressing caregiver distress. *Translational Behavioral Medicine*, 10(2), 413–422, <https://doi.org/10.1093/tbm/iby104>
- Barlow, D. H., Durand, V. M., & Gottschalk, M. (2016). *Psychopathologie: Une approche intégrative*. De Boeck supérieur.
- Birrell, J., Meares, K., Wilkinson, A. & Freeston, M. (2011). Toward a definition of intolerance of uncertainty : A review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1198-1208. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.009>
- Bocéréan, C., Dupret, E. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large sample of French employees. *BMC Psychiatry* 14, 354 (2014). <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0354-0>
- Bonnet, M., Vadam, F., Belot, R-A., Quibel, C., Pozet, A. & Nerich, V. (2020). Attachement et parcours de l'aidant face à l'épreuve du cancer. *Bulletin du Cancer*, 107(11), 1138-1147. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2020.08.011>
- Bottesi, G., Marchetti, I., Sica, C. & Guisi, M. (2020). What in the internal structure of intolerance of uncertainty ? A network analysis approach. *Journal of Anxiety Disorders*, 75. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102293>
- Boudrahem, S., (2021). Le couple dans le modèle bio-psycho-social, place du partenaire dans la sphère de la sexualité. Exemple du contexte oncologique. *Kinésithérapie, la Revue*, 21 (230), 35-38. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2020.11.010>
- Brassard, A., Houde, F., & Lussier, Y. (2011). Élaboration et validation du Questionnaire de Soutien Conjugal (QSC) [Elaboration and validation of the Questionnaire de Soutien

Conjugal (QSC)]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 43(2), 69–77. <https://doi.org/10.1037/a0021390>

Braverman, L. (2019). La sexualité des hommes après un cancer de la prostate : âge, genre et pouvoir. *Sciences sociales et santé*, 37, 5-30. <https://doi.org/10.1684/sss.2019.0146>

Caillot-Ranjeva, S., Gourlain, S., Amieva, H., Helmer, C., & Bergua, V. (2021). Study of mutual influence between trait anxiety and risk of depression among older couples facing cancer. *Journal of Geriatric Oncology*, 12(4), 605–611. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.09.017>

Carleton, N. (2016). Into the unknow : A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30-43. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>

Cheng, T., Jackman, M., McQuestion, M., & Fitch, M. I. (2022). Stratégie d'adaptation et typologie du soutien social perçu chez les partenaires masculins de femmes atteintes d'un cancer du sein. *Canadian oncology nursing journal* 32(3), 426–436. <https://doi.org/10.5737/23688076323426>

Coureau, G., Mounier, M., Tretarre, B., Dantony, E., Uhry, Z., Monnereau, A. & al. (2021). Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Synthèse. *Boulogne-Billancourt* : Institut national du cancer. <https://www.santepubliquefrance.fr/>

Douilliez, C., Heeren, A., Lefèvre, N., Watkins, E., Barnard, P., & Philippot, P. (2014). Validation de la version française d'un questionnaire évaluant les pensées répétitives constructives et non constructives [Validation of the French version of a questionnaire that evaluates constructive and non-constructive repetitive thoughts]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 46(2), 185–192. <https://doi.org/10.1037/a0033185>

FasterCapital. (2025, 17 mai). Facteur d'inflation de variance – Facteur d'inflation de variance – évaluer l'impact de l'hétéroscédasticité. FasterCapital. <https://www.fastercapital.com/fr/contenu/Facteur-d-inflation-de-variance---Facteur-d-inflation-de-variance---evaluer-l-impact-de-l-heteroscedasticite.html>

Favez, N. (2013). *L'examen clinique du couple : Théories et instruments d'évaluation*. Editions Mardaga.

Fekih-Romdhane, F., Yazid, D., Ahmed, S.B., Labbane, R., & Cheour, M. (2019). Évaluation de la fonction sexuelle chez les hommes ayant un cancer colorectal traité. *Sexologies*, 28 (1), 31-42. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2018.07.004>

Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.

Geng, H. M., Chuang, D. M., Yang, F., Yang, Y., Liu, W. M., Liu, L. H., & Tian, H. M. (2018). Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 97(39), e11863. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011863>

Gosselin, P., Ladouceur, R., Langlois, F., Freeston, M. H., Dugas, M. J., & Bertrand, J. (2003). Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 53 (3-4), 199-211.

Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Dugas, M. J., & Pelletier, O. (2002). Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 12 (1), 24-37.

Hazo, J.-B. (2024). Anxiété en population générale : résultats de l'enquête EpiCov. Rhizome, 90-91(2), 4-6. <https://doi.org/10.3917/rhiz.090.0004>.

Heiden-Rootes, K.M., Meyer, D., McDaniel, K., Wilson, L. (2019). Couple. In Lebow, J.L., Chambers, A.L., Breunlin, D.C. (Ed.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*. (pp. 619-625). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_583

Jensen, D., Cohen, J. N., Mennin, D. S., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (2016). Clarifying the unique associations among intolerance of uncertainty, anxiety, and depression. *Cognitive behaviour therapy*, 45(6), 431–444. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1197308>

Lang-Rollin, I., & Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 13–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/ilangrollin>

Li, J., Liu, L., Chen, M., Su, W., Yao, T., & Li, X. (2023). Effect of intimacy and dyadic coping on psychological distress in pancreatic cancer patients and spousal caregivers. *Frontiers in psychology*, 14, 1040460. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1040460>

Organisation mondiale de la Santé. (3 février 2022). Cancer. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Organisation mondiale de la Santé. (9 décembre 2020). Les 10 principales causes de mortalité. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Pettersen, R. (2014). Les processus cognitifs impliqués dans la peur de la récidive du cancer [Thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières]. UQTR. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/7369>

Polomeni, A. (2023). « Guérir » la souffrance psychique des personnes atteintes du cancer ? Questions éthiques. *Psycho-Oncologie*, 17(2), 95–98. <https://doi.org/10.3166/pson-2022-0230>

Proia-Lelouey, N. et Lemoignie, S. (2012). Couples face au cancer. *Dialogue*, 197(3), 69-79. <https://doi.org/10.3917/dia.197.0069>

Rajkumar R. P. (2022). Comorbid depression and anxiety: Integration of insights from attachment theory and cognitive neuroscience, and their implications for research and treatment. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 16, 1104928. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.1104928>

Rapelli, G., Donato, S., Pagani, A., Parise, M., Lafrate, R., Pietrabissa, G., Giusti, E., Castelnuovo, G., & Bertoni, A. (2021). The Association Between Cardiac Illness-Related Distress and Partner Support : The Moderating Role of Dyadic Coping. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.624095>

Regan, T. W., Lambert, S. D., Kelly, B., McElduff, P., Girgis, A., Kayser, K., & Turner, J. (2014). Cross-sectional relationships between dyadic coping and anxiety, depression, and relationship satisfaction for patients with prostate cancer and their spouses. *Patient Education and Counseling*, 96(1), 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.010>

Rezaei, M., Keyvanloo Shahrestanaki, S., Mohammadzadeh, R., Aghili, M. S., Rajabi, M., Abbasi, M., Khachian, A., Momen, R., Khavassi, M., & Aghaei, S. (2024). Caregiving consequences in cancer family caregivers: a narrative review of qualitative studies. *Frontiers in public health*, 12, 1334842. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1334842>

Saramago, M., Lemétayer, F., & Gana., K. (2021). Adaptation et validation de la version française de l'échelle d'évaluation de la relation. *Psychologie française*, 66 (4), 333-343. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2020.09.004>

Scheen, A., Béguin, Y., & Jérusalem, G. (2021). *L'oncologie, à un tournant de son histoire. Revue Médicale de Liège*, 76(5-6), 297–299.

Sciensano. Maladies Non Transmissibles : Cancer, Health Status Report, 06 Fév 2024, Bruxelles, Belgique, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/cancer>

Sciensano. Maladies Non Transmissibles : Cancer, Health Status Report, 28 Fév 2025, Bruxelles, Belgique, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/cancer>

Sciensano. Mortalité et Causes de Décès : Causes de décès, Health Status Report, 15 Avr 2024, Bruxelles, Belgique, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/mortalite-et-causes-de-deces/mortalite-generale-par-cause-de-deces>

Stulz, A., Favez, N., & Flahault, C. (2022). Influence des facteurs individuels et dyadiques sur l'ajustement sexuel des couples lors d'un cancer du côlon. *Psycho-Oncologie*, 16 (3), 303-312. <https://doi.org/10.3166/pson-2022-0206>

University of Lincoln. (n.d.). *Shapiro-Wilk test*. MASH: Statistics Tests Guide. <https://guides.library.lincoln.ac.uk/mash/statstest/shapiro-wilk>

Vander Haegen, M. (2017). *Parents d'un enfant en rémission de cancer : prédicteurs psychologiques et cognitifs de l'intolérance à l'incertitude dans le maintien des inquiétudes et dans l'orientation de l'attention sélective* [Thèse de doctorat]. Université de Liège.

Vanlerenberghe, E., Sedda, A-L. & Ait-Kaci, F. (2015). Cancers de la femme, sexualité et approche du couple. *Bulletin du Cancer*, 102 (5), 454-462. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2015.02.008>

Vena, J.-A. & Copel, L.-C. (2021). A concept analysis of remission within the domain of cancer survivorship. *Nurs Forum*, 56(2), 421-428. <https://doi.org/10.1111/nuf.12558>

Venturini, E., Giacomoni, C., Hoarau, H. & al. (2012). Impact du cancer gynécologique sur la sexualité féminine. *Psycho Oncologie*, 6, 151–162. <https://doi.org/10.1007/s11839-012-0383-1>

Wang, Y.-F., Liu, A.-K., Dai, J.-Z., Zhang, J.-P., Chen, H.-H., Jiang, X.-H., Tang, L., He, Y.-Y., & Yang, Q.-H. (2024). The effect of illness perception on psychosocial adjustment of patients with breast cancer and their spouses: Actor–Partner Interdependence Model. *BMC Psychology*, 12, Article 310. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01741-6>

Wanquet Thibault, P. (2016). Chapitre 4 – Les besoins de la triade patient/aidants naturels/soignants. *L'adulte hospitalisé : Travailler avec la famille et l'entourage (2^e édition)*, 53-85. Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74874-5.00004-8>

ANNEXES

Annexe 1 : Attestation du Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Liège (CHU)

Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 10 janvier 2024

Monsieur le Prof. G. JERUSALEM
Madame Marie VANDER HAEGEN
Service de ONCOLOGIE
CHU

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Éthique
Nr EudraCT ou Nr belge : B7072024000143 ; Notre réf: 2024/515

Cher Collègue,

J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Éthique a donné une réponse favorable à votre demande d'avis intitulée :

"L'intolérance à l'incertitude chez les partenaires de personnes atteintes du cancer et ses liens avec le support conjugal "
Protocole : Version 1

Vous trouverez, sous ce pli, le formulaire de réponse reprenant, en français et en anglais, les différents éléments examinés et approuvés et la composition du Comité d'Éthique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs,

Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Éthique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

Copie à la Direction de l'AFMPS

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur D. LEDOUX
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET
Secrétariat administratif : 04/323.21.58
Coordination scientifique: 04/323.22.65
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Annexe 2 : Questionnaire sociodémographique

CODE :

Date :/..../.....

I. Questionnaire sociodémographique :

Âge : ans

Sexe : Masculin Féminin Autre

Niveau d'étude le plus élevé : Enseignement primaire ou moins
 Enseignement secondaire inférieur
 Enseignement secondaire supérieur
 Bachelier
 Master
 Enseignement post-universitaire

Situation professionnelle : Ouvrier Indépendant
 Employé Retraité(e)
 Cadre Sans emploi
 Cadre supérieur En incapacité / invalidité

Relation : Marié(e) et en cohabitation
 Marié(e) sans cohabitation commune
 En couple exclusif et en cohabitation
 En couple exclusif sans cohabitation commune
 En relation ouverte / libre et en cohabitation
 En relation ouverte / libre sans cohabitation commune
 Autre :

Depuis combien de temps êtes-vous en relation avec votre partenaire ? années / mois

Quel est le sexe de votre partenaire ? Masculin Féminin

Quel est l'âge de votre partenaire ? ans

Avez-vous des enfants ensemble ? Si oui, combien ? Oui, enfant(s) Non

Quel type de cancer a votre partenaire ? Cancer du sein
 Cancer du colon
 Cancer du poumon
 Autre :

Depuis combien de temps est-il en traitement ? jours / semaines / mois

Annexe 3 : questionnaire d'intolérance à l'incertitude (QII)

Pour tous les questionnaires suivants, veuillez répondre à chacune des propositions en entourant un chiffre/ en cochant une case afin d'exprimer au mieux ce qui vous correspond.

II.

1 = pas du tout correspondant 2 = un peu correspondant 3 = assez correspondant
4 = très correspondant 5 = extrêmement correspondant

1. L'incertitude m'empêche de prendre position.	1	2	3	4	5
2. Être incertain(e) veut dire qu'on est une personne désorganisée	1	2	3	4	5
3. L'incertitude rend la vie intolérable	1	2	3	4	5
4. C'est injuste de ne pas avoir de garanties dans la vie.	1	2	3	4	5
5. Je ne peux pas avoir l'esprit tranquille tant que je ne sais pas ce qui va arriver le lendemain.	1	2	3	4	5
6. L'incertitude me rend mal à l'aise, anxieux(se) ou stressé(e).	1	2	3	4	5
7. Les imprévus me dérangent énormément.	1	2	3	4	5
8. Ça me frustre de ne pas avoir toute l'information dont j'ai besoin.	1	2	3	4	5
9. L'incertitude m'empêche de profiter pleinement de la vie.	1	2	3	4	5
10. On devrait tout prévenir pour éviter les surprises	1	2	3	4	5
11. Un léger imprévu peut tout gâcher, même la meilleure des planifications.	1	2	3	4	5
12. Lorsque c'est le temps d'agir, l'incertitude me paralyse.	1	2	3	4	5
13. Être incertain(e) veut dire que je ne suis pas à la hauteur.	1	2	3	4	5
14. Lorsque je suis incertain(e), je ne peux pas aller de l'avant.	1	2	3	4	5
15. Lorsque je suis incertain(e), je ne peux pas bien fonctionner.	1	2	3	4	5
16. Contrairement à moi, les autres semblent toujours savoir où ils vont dans la vie.	1	2	3	4	5
17. L'incertitude me rend vulnérable, malheureux(se) ou triste.	1	2	3	4	5
18. Je veux toujours savoir ce que l'avenir me réserve.	1	2	3	4	5
19. Je déteste être pris(e) au dépourvu.	1	2	3	4	5
20. Le moindre doute peut m'empêcher d'agir.	1	2	3	4	5
21. Je devrais être capable de tout organiser à l'avance.	1	2	3	4	5
22. Être incertain(e), ça veut dire que je manque de confiance.	1	2	3	4	5
23. Je trouve injuste que d'autres personnes semblent certaines face à leur avenir.	1	2	3	4	5
24. L'incertitude m'empêche de bien dormir.	1	2	3	4	5
25. Je dois me retirer de toute situation incertaine.	1	2	3	4	5
26. Les ambiguïtés de la vie me stressent.	1	2	3	4	5
27. Je ne tolère pas d'être indécis(e) au sujet de mon avenir.	1	2	3	4	5

Annexe 4 : questionnaire d'attitudes face aux problèmes (QAP)

III.

1 = pas du tout correspondant 2 = un peu correspondant 3 = assez correspondant
4 = très correspondant 5 = extrêmement correspondant

1. Je perçois les problèmes comme étant menaçant pour mon bien-être	1	2	3	4	5
2. Je doute souvent de mes capacités à résoudre les problèmes	1	2	3	4	5
3. Souvent, avant même d'avoir essayé de trouver une solution, je me dis qu'il est difficile de résoudre un problème	1	2	3	4	5
4. Les problèmes qui m'arrivent me semblent souvent insurmontables	1	2	3	4	5
5. Lorsque je tente de résoudre un problème, je remets souvent en question mes habiletés	1	2	3	4	5
6. Souvent, j'ai l'impression que les problèmes qui m'arrivent ne peuvent être résolus	1	2	3	4	5
7. Même si j'arrive à voir certaines solutions à mes problèmes, je doute qu'ils pourront se créer facilement	1	2	3	4	5
8. J'ai tendance à voir les problèmes comme un danger	1	2	3	4	5
9. Ma première réaction devant un problème est de remettre en question mes habiletés	1	2	3	4	5
10. Je perçois souvent mes problèmes comme étant plus gros qu'ils ne le sont en réalité	1	2	3	4	5
11. Même si j'ai regardé un problème sous tous les angles possibles, je me demande encore si la solution que j'ai retenue va être efficace	1	2	3	4	5
12. Je considère les problèmes comme des obstacles qui perturbent mon fonctionnement	1	2	3	4	5

Annexe 5 : questionnaire « pourquoi s'inquiéter » (version 2) (PSI-II)

IV.

1 = pas du tout vrai 2 = un peu vrai 3 = assez vrai 4 = très vrai 5 = tout à fait vrai

1. Si je ne m'inquiète pas, je serais insouciante(e) et irresponsable	1	2	3	4	5
2. Si je m'inquiète, je serais moins ébranlé(e) lorsque des événements imprévus se produiront	1	2	3	4	5
3. Je m'inquiète dans le but de savoir quoi faire	1	2	3	4	5
4. Si je m'inquiète à l'avance, je serai moins déçu(e) si quelque chose de grave se produit	1	2	3	4	5
5. Le fait de m'inquiéter m'aide à planifier mes actions pour résoudre un problème	1	2	3	4	5
6. Le simple fait de m'inquiéter peut empêcher les malheurs d'arriver	1	2	3	4	5
7. Si je ne m'inquiétais pas, cela ferait de moi une personne négligente	1	2	3	4	5
8. C'est en m'inquiétant que je finis par entreprendre le travail que j'ai à faire	1	2	3	4	5
9. Je m'inquiète parce que je pense que cela peut m'aider à trouver une solution à mon problème	1	2	3	4	5
10. Le fait de m'inquiéter prouve que je suis une personne qui voit à ses affaires	1	2	3	4	5
11. Trop penser à des choses positives peut les empêcher de se produire	1	2	3	4	5
12. Le fait de m'inquiéter confirme que je suis une personne prévoyante	1	2	3	4	5
13. Si un malheur arrive, je me sentirai moins responsable si je m'en suis inquiété auparavant	1	2	3	4	5
14. En m'inquiétant, je peux trouver une meilleure façon de faire	1	2	3	4	5
15. L'inquiétude me stimule et me rend plus efficace	1	2	3	4	5
16. Le fait de m'inquiéter m'incite à passer à l'action	1	2	3	4	5
17. Le simple fait de m'inquiéter diminue le risque que quelque chose de grave arrive	1	2	3	4	5
18. En m'inquiétant, je fais certaines choses que je ne me déciderais pas à faire autrement	1	2	3	4	5
19. Le fait de m'inquiéter me motive à faire les choses que je dois faire	1	2	3	4	5
20. Mes inquiétudes à elles seules peuvent diminuer les risques de danger	1	2	3	4	5
21. En m'inquiétant, j'augmente mes chances de trouver la meilleure solution	1	2	3	4	5
22. Le fait de m'inquiéter me permettra de me sentir moins coupable si quelque chose de grave se produit	1	2	3	4	5
23. Si je m'inquiète, je serai moins triste lorsqu'un événement négatif se produira	1	2	3	4	5
24. En ne s'inquiétant pas, on peut attirer les malheurs	1	2	3	4	5
25. Le fait de m'inquiéter démontre que je suis une bonne personne	1	2	3	4	5

Annexe 6 : questionnaire d'évitement cognitif (QEC)

V.

1 = pas du tout correspondant 2 = un peu correspondant 3 = assez correspondant

4 = très correspondant 5 = extrêmement correspondant

1. Il y a des choses auxquelles je ne préfère pas penser	1	2	3	4	5
2. J'évite certaines situations qui m'amènent à porter attention à des choses auxquelles je ne veux pas penser	1	2	3	4	5
3. Je remplace les images menaçantes que j'ai en tête par un discours intérieur	1	2	3	4	5
4. Je pense à des choses qui me concernent comme si cela arrivait à quelqu'un d'autre que moi	1	2	3	4	5
5. J'ai des pensées que j'essaie d'éviter	1	2	3	4	5
6. J'essaie de ne pas penser aux aspects les plus dérangeants de certaines situations pour ne pas avoir trop peur	1	2	3	4	5
7. J'évite parfois des objets qui peuvent déclencher des idées dérangeantes	1	2	3	4	5
8. Je me distrais pour éviter de penser à certains sujets troublants	1	2	3	4	5
9. J'évite des gens qui me font penser à des choses auxquelles je ne veux pas réfléchir	1	2	3	4	5
10. Je fais souvent des choses pour me distraire de mes pensées	1	2	3	4	5
11. Je pense à des détails inutiles pour ne pas penser aux sujets importants qui m'inquiètent	1	2	3	4	5
12. Parfois, je me plonge dans une activité pour ne pas penser à certaines choses	1	2	3	4	5
13. Pour éviter de penser aux sujets qui me dérangent, je m'efforce de penser à autre chose	1	2	3	4	5
14. Il y a des choses auxquelles j'essaie de ne pas penser	1	2	3	4	5
15. Je maintiens un discours intérieur pour éviter de voir des scénarios (une suite d'images) qui me font peur	1	2	3	4	5
16. Parfois, j'évite des endroits qui me font réfléchir à des choses auxquelles je préférerais ne pas penser	1	2	3	4	5
17. Je pense aux événements passés pour ne pas penser aux événements futurs insécurisants	1	2	3	4	5
18. J'évite de poser des gestes qui me rappellent des choses auxquelles je ne veux pas penser	1	2	3	4	5
19. Lorsque je vois des images dans ma tête qui sont trop dérangeantes, je les remplace par des pensées verbales (monologue interne)	1	2	3	4	5
20. Je m'inquiète de beaucoup de petites affaires pour ne pas penser aux choses plus importantes	1	2	3	4	5
21. Parfois, je me garde occupé(e) seulement pour empêcher les pensées de surgir dans mon esprit	1	2	3	4	5
22. J'évite des situations avec d'autres personnes qui me font penser à des choses désagréables	1	2	3	4	5
23. J'essaie de décrire intérieurement des événements dérangeants plutôt que d'en former une image dans ma tête	1	2	3	4	5
24. Je mets de côté les images associées à une situation menaçante en tentant plutôt de me la décrire intérieurement	1	2	3	4	5
25. Je pense à ce qui inquiète les autres plutôt que de penser à mes propres inquiétudes	1	2	3	4	5

Questionnaires, version 2 du 02/01/2025, Page 5/10

Annexe 7 : questionnaire « Mini-Cambridge Exeter Repetitive Thought Scale » (Mini-CERTS)

VI.

« Quand des pensées à propos de moi, de mes sentiments ou de situations et d'événements vécus me viennent à l'esprit ... »

1 = presque jamais 2 = parfois 3 = souvent 4 = presque toujours

1. Mes pensées sont prises dans une ornière, revenant toujours aux mêmes thèmes	1	2	3	4
2. Je peux comprendre et répondre aux changements de manière intuitive, sans devoir analyser tout en détails	1	2	3	4
3. Je me compare aux autres personnes	1	2	3	4
4. J'y pense de manière ouverte, libre et créative	1	2	3	4
5. Je me juge en fonction de mes valeurs et de mes croyances personnelles	1	2	3	4
6. Je me concentre sur la question de savoir pourquoi les choses se sont passées de cette manière là	1	2	3	4
7. Je me demande pourquoi je n'arrive pas à me mettre en action	1	2	3	4
8. Mes pensées se développent dans des directions nouvelles et intéressantes	1	2	3	4
9. Je semble être immersé(e) dans l'action et en contact avec ce qu'il se passe autour de moi	1	2	3	4
10. Je pense que je ne suis bon(ne) à rien	1	2	3	4
11. J'aime me laisser aller à suivre le flux de mes pensées spontanées	1	2	3	4
12. Je me sens sous pression d'empêcher que mes pires craintes se réalisent	1	2	3	4
13. Je me concentre sur le fait d'explorer et de jouer avec les idées, curieux (se) d'où elles peuvent me mener	1	2	3	4
14. Mes pensées ont tendances à fuser à partir d'un événement spécifique vers des aspects plus larges et généraux de ma vie	1	2	3	4
15. Je m'en fais de ce que les autres pourraient penser de moi	1	2	3	4
16. J'ai très rapidement des impressions et des intuitions de ce qui se passe et de comment réagir	1	2	3	4

Annexe 8 : échelle « Hospital Anxiety and Depression Scale » (HADS)

VII.

Je me sens tendu ou énervé : la plupart du temps souvent
 de temps en temps jamais

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
 oui, très nettement oui, mais ce n'est pas grave
 un peu, mais cela ne m'inquiète pas pas du tout

Je me fais du souci : très souvent assez souvent occasionnellement très occasionnellement

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :
 oui, quoi qu'il arrive oui, en général
 rarement jamais

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : jamais parfois
 assez souvent très souvent

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : oui, c'est tout à fait le cas un peu
 pas tellement pas du tout

J'éprouve des sensations soudaines de panique : vraiment très souvent assez souvent
 pas très souvent jamais

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : oui, tout autant pas autant
 un peu seulement presque plus

Je ris facilement et vois le bon côté des choses : autant que par le passé plus autant qu'avant
 vraiment moins qu'avant plus du tout

Je suis de bonne humeur : jamais rarement assez souvent la plupart du temps

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : presque toujours très souvent
 parfois jamais

Je ne m'intéresse plus à mon apparence : plus du tout
 je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
 il se peut que je n'y fasse plus autant attention
 j'y prête autant d'attention que par le passé

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : autant qu'auparavant un peu moins qu'avant
 bien moins qu'avant presque jamais

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou une émission radio ou de télévision : souvent parfois
 rarement très rarement

Annexe 9 : extrait de l'inventaire de coping dyadique (DCI)

VIII.

1 = très rarement 2 = rarement 3 = parfois 4 = souvent 5 = très souvent

Que faites-vous lorsque vous vous sentez stressé(e) ?

1. Je dis à mon/ma partenaire que je serais content(e) d'obtenir de sa part du soutien pratique ou des conseils concrets	1	2	3	4	5
2. Quand je me sens surchargée, je demande à mon/ma partenaire de prendre en charge certaines de mes tâches	1	2	3	4	5
3. Je montre à mon/ma partenaire, par mon comportement, que je suis dépassée et que je ne me sens pas bien	1	2	3	4	5
4. J'exprime clairement à mon/ma partenaire comment je me sens et que j'ai besoin de son soutien émotionnel	1	2	3	4	5

Que fait votre partenaire lorsque vous vous sentez stressé(e) ?

5. Mon/ma partenaire induit chez moi le sentiment qu'il/elle me comprend et qu'il s'intéresse à mon stress	1	2	3	4	5
6. Il/elle est solidaire envers moi, me dit qu'il/elle connaît aussi ce sentiment et qu'il/elle est à mes côtés	1	2	3	4	5
7. Il/elle me reproche de ne pas pouvoir assez bien réagir face au stress	1	2	3	4	5
8. Mon partenaire m'aide à voir les situations sous un autre angle	1	2	3	4	5
9. Mon partenaire m'écoute et me donne la possibilité de lui faire part de ce qui me dérange vraiment	1	2	3	4	5
10. Il/elle ne prend pas mon stress au sérieux	1	2	3	4	5
11. Mon partenaire m'apporte son soutien, mais il le fait à contrecœur et sans motivation	1	2	3	4	5
12. Afin de me décharger, il/elle assume des tâches dont je m'occupe habituellement	1	2	3	4	5
13. Mon partenaire m'aide à analyser la situation afin que je puisse mieux faire face au problème	1	2	3	4	5
14. Lorsque je suis trop occupée, mon partenaire m'aide	1	2	3	4	5
15. Lorsque je suis stressé, mon partenaire a tendance à se retirer	1	2	3	4	5

Que fait votre partenaire lorsqu'il/elle se sent stressé(e) ?

16. Il/elle me dit qu'il/elle serait content(e) d'obtenir de ma part du soutien pratique ou des conseils concrets	1	2	3	4	5
17. Il/elle me demande de prendre en charge certaines de ses tâches	1	2	3	4	5
18. Il/elle me montre, par son comportement, qu'il/elle est dépassée et qu'il/elle ne se sent pas bien	1	2	3	4	5
19. Il/elle m'exprime clairement comment il/elle se sent et qu'il/elle a besoin de mon soutien émotionnel	1	2	3	4	5

Annexe 10 : questionnaire de soutien conjugal (QSC)

IX.

	1 = jamais	2 = rarement	3 = parfois	4 = souvent	5 = toujours
1. Mon (ma) conjoint(e) m'encourage lorsque j'en ai besoin	1	2	3	4	5
2. Mon (ma) conjoint(e) me fournit des conseils utiles lorsque j'en ai besoin	1	2	3	4	5
3. Mon (ma) conjoint(e) me soutient dans mes tentatives pour atteindre mes buts	1	2	3	4	5
4. Mon (ma) conjoint(e) comprend ma manière de penser et de ressentir les choses	1	2	3	4	5
5. J'encourage mon (ma) conjoint(e) lorsqu'il (elle) en a besoin	1	2	3	4	5
6. Je fournis des conseils utiles à mon (ma) conjoint(e) lorsqu'il (elle) en a besoin	1	2	3	4	5
7. Je soutiens mon (ma) conjoint(e) dans ses tentatives pour atteindre ses buts	1	2	3	4	5
8. Je comprends la manière de penser et de ressentir les choses de mon (ma) conjoint(e)	1	2	3	4	5

Annexe 11 : matrice de corrélations de Pearson (r) et Spearman (rs)

	HADS-A	HADS-D	QII	QAP	PSI	QEC	PAA	PCE
HADS	r = .910*** rs = .910***	r = .853*** rs = .814***	r = .713*** rs = 0.730***	r = .643*** rs = .637***	r = .344 rs = .363	r = .652*** rs = .672***	r = .601** rs = 0.644***	r = .055 rs = .116
HADS-A	—	r = .561** rs = .541	r = .658*** rs = .696***	r = 0.659*** rs = .624***	r = .366 rs = .366	r = 0.634*** rs = .660***	r = .569** rs = .610***	r = .165 rs = .188
HADS-D	—	—	r = .596** rs = .558**	r = .457* rs = .458	r = .226 rs = .267	r = .506** rs = .506**	r = .486* rs = .486*	r = -.097 rs = -.043
QII	—	—	—	r = .895*** rs = .855***	r = .802*** rs = .792***	r = 0.779*** rs = 0.746***	r = 0.714*** rs = 0.677***	r = .350 rs = .355
QAP	—	—	—	—	r = 0.809*** rs = 0.725***	r = 0.831*** rs = 0.804***	r = 0.718*** rs = 0.618***	r = .217 rs = .110
PSI-II	—	—	—	—	—	r = 0.788*** rs = 0.723***	r = 0.616*** rs = 0.493*	r = .437* rs = .419*
QEC	—	—	—	—	—	—	r = .749*** rs = 0.722***	r = .282 rs = .278
PAA	—	—	—	—	—	—	—	r = .549** rs = .497**

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

HADS : questionnaire « Hospital Anxiety and Depression Scale » ; **HADS-A** : symptômes d'anxiété (HADS) ; **HADS-D** : symptômes de dépression (HADS) ; **QII** : questionnaire d'intolérance à l'incertitude ; **QAP** : questionnaire d'attitude face aux problèmes ; **PSI-II** : questionnaire « pourquoi s'inquiéter ? » (version 2) ; **QEC** : questionnaire d'évitement cognitif ; **PAA** : pensées abstraites-analytiques (Mini-CERTS) ; **PCE** : pensées concrètes expérientielles (Mini-CERTS).

RESUME

Introduction. De plus en plus d'études se penchent sur le vécu des proches aidants d'une personne atteinte d'un cancer, au vu de l'impact psychologique que provoque cette maladie sur le patient mais aussi sur son entourage. Cette étude a pour objectif d'investiguer le rôle du soutien conjugal et de l'ajustement dyadique en lien avec la détresse psychologique et l'intolérance à l'incertitude chez les partenaires de personnes atteintes d'un cancer.

Méthodologie. Cette recherche a eu pour objectif de mettre en lien les facteurs de détresse psychologique avec la qualité du couple et l'intolérance à l'incertitude. Afin de récolter les données, 26 conjoints de personnes atteintes d'un cancer ont complété une batterie de questionnaires auto rapportés.

Résultats. De façon globale, les résultats de cette étude ont montré que le soutien conjugal est un facteur prédicteur de la détresse psychologique. Cependant, ce n'est pas le cas pour l'ajustement dyadique. La détresse psychologique serait liée à l'intolérance à l'incertitude et ses facteurs associés, tout comme les études précédentes l'ont montré.

Conclusion. Il est nécessaire d'explorer davantage les facteurs de couple liés au conjoint dans son parcours d'aidant et leurs impacts sur la détresse psychologique, avec des études plus robustes que cette présente recherche. Concernant les effets du soutien conjugal et de l'ajustement dyadique sur l'intolérance à l'incertitude et ses facteurs associés, cette étude donne une perspective de recherche qui mérite de plus amples recherches afin de mettre en avant des résultats significatifs et appuyés par une recherche robuste.

Mots-clés. Cancer – Intolérance à l'incertitude – Détresse psychologique - Couple – Conjoint