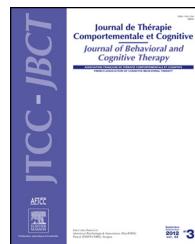




Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



ARTICLE ORIGINAL

# Besoins psychosociaux et perception d'iniquité : combinaison de méthodes d'action pour venir en aide aux conjoints de patients atteints de cancer – Une étude pilote



*Psychosocial needs and perception of inequity: Combination of methods of action aimed to help cancer patients' spouses – A pilot study*

Aurélie Wagener<sup>a,\*</sup>, Isabelle Bragard<sup>b</sup>, Bénédicte Jonius<sup>b</sup>, Anne-Marie Étienne<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unité de psychologie comportementale et cognitive, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, université de Liège, boulevard du Rectorat B33, 4000 Liège, Belgique

<sup>b</sup> Unité de psychologie de la santé, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, université de Liège, boulevard du Rectorat B33, 4000 Liège, Belgique

Reçu le 28 février 2014 ; reçu sous la forme révisée le 31 juillet 2014 ; accepté le 1<sup>er</sup> août 2014  
Disponible sur Internet le 12 septembre 2014

## MOTS CLÉS

Cancer ;  
Besoins psychosociaux ;  
Perception d'iniquité ;  
Conjoints ;  
Méthodes d'action ;  
Étude longitudinale ;  
Résolution de problème

**Résumé** Le cancer est une maladie chronique ayant indéniablement un impact sur les patients qui en sont atteints mais aussi sur les membres de leur famille. Les conjoints, plus particulièrement, adopteront généralement le rôle de proche aidant principal et ressentiront de nombreux besoins psychosociaux, ainsi qu'une détresse émotionnelle. Notre recherche-action a pour objectif de satisfaire les besoins psychosociaux des conjoints de patients atteints d'un cancer. Pour ce faire, elle compare l'efficacité de la combinaison de deux méthodes d'action « hiérarchisation des besoins psychosociaux et résolution de problème » à l'utilisation d'une seule méthode d'action, la « hiérarchisation des besoins psychosociaux ». Parallèlement, l'influence de la perception d'iniquité sur la mise en place des méthodes d'action est évaluée. Trente-sept conjoints, répartis aléatoirement dans deux groupes (expérimental versus témoin), ont répondu à divers questionnaires évaluant à trois reprises (T0, T1 et T2) les variables dépendantes suivantes : besoins psychosociaux et détresse émotionnelle. D'autres variables (les données socio-démographiques et la perception d'iniquité) n'étaient évaluées qu'au T0.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [aurelie.wagener@ulg.ac.be](mailto:aurelie.wagener@ulg.ac.be) (A. Wagener).

Lors du T0, l'ensemble des participants réalise la hiérarchisation. Entre le T0 et le T1, le groupe expérimental pratique la résolution de problème alors que le groupe témoin n'y a accès qu'ultérieurement, entre le T1 et le T2. Les résultats montrent une diminution significative du nombre de besoins insatisfaits quand les participants ont eu accès aux deux méthodes. Toutefois, aucune influence de la perception d'iniquité n'a été observée sur la mise en place des méthodes.

© 2014 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## KEYWORDS

Cancer;  
Psychosocial needs;  
Perception of  
inequity;  
Spouses;  
Psychotherapeutic  
methods;  
Longitudinal study;  
Problem-solving  
method

**Summary** Cancer is a chronic illness that impacts both patients and family members. Spouses will often take on a caregiver role, meeting psychosocial needs such as health professional needs and information needs. This caregiver role can also create emotional distress. Moreover, spouses might experience perceived inequity characterized by a combination of feelings of overinvestment and of underbenefit. This perception of inequity can also lead to emotional distress. Given the consequences of cancer on spouses, psychological interventions may be one means for helping them to cope. In this study, cognitive and behavioural methods are proposed to spouses in order to support them facing their partner's cancer and their own issues. The overriding objective of this study is to satisfy the psychosocial needs of cancer patient spouses. In order to reach this objective, it compares the efficacy of two methods of action: 1/ hierarchical organization of psychosocial needs and problem-solving, and 2/ hierarchical organization of psychosocial needs alone. This research also aims to assess the influence of the perception of inequity that spouses might feel on the utilization of the two methods of action. The main hypothesis was that the combination of the two methods of action would have a greater and intensified impact on the assessed dependant variables than the utilization of the hierarchical organization of psychosocial needs alone. Thirty-seven spouses were randomly assigned into two groups: the experimental group ( $n=19$ ) and the control group ( $n=18$ ). The methodology provided identical protocols to the two groups with one difference in that the training period differed in order to measure the effect of training for problem-solving skills. The average age of participants in the experimental group was 58 ( $SD=11$ ), and 57 ( $SD=11$ ) in the control group. They were asked to complete several questionnaires at three different time periods with a three-week time interval (T0, T1 and T2) assessing these dependent variables: psychosocial needs and emotional distress (anxiety and depression). Socio-demographic data and the perception of inequity were only evaluated at T0. At T0, all participants realized a hierarchy of psychosocial needs. Between T0 and T1, the experimental group trained in the problem-solving method while control group trained between T1 and T2 for this method. Repeated ANOVA measures were conducted to assess the evolution of the psychosocial needs. Student *t*-tests were computed to assess the influence of perception of inequity on the utilization of the two methods of action. The results confirmed previous findings demonstrating the psychosocial needs in spouses of cancer patients. Indeed, it appears that these participants perceive more psychosocial needs than those of similar samples. This difference might be explained by the period of our intervention which occurred earlier than in experimental designs of similar studies. The overall emotional distress felt by our participants was characterized by anxiety. Therefore, being the caregiver of a cancer patient seems to foster anxiety more than depression. The results confirmed the main hypothesis showing a significant decrease of the number of unsatisfied psychosocial needs when participants have used the two methods of action. This decrease was observed whenever the combination was implemented. In other words, the combination of the two methods of action optimized meeting psychosocial needs. However, the perception of inequity did not seem to influence the utilization of these two methods. This research presents some limitations in the form of a small sample size and of a single assessment of perception of inequity at T0. Nevertheless, the results of this preliminary study remain interesting and promising: further research could enhance the employed experimental design in a larger sample in order to obtain more robust results.

© 2014 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

Dans le domaine de la psycho-oncologie, les professionnels de la santé s'intéressent de plus en plus aux besoins psychosociaux [1–5] dont la définition suivante concerne autant les patients que leurs conjoints : « Les besoins psychosociaux font partie des aspects liés à la qualité de vie et aux relations sociales qui, du point de vue des patients et des aidants, sont indispensables, importants, voire critiques, pour leur capacité psycho-émotionnelle à vivre avec la connaissance de la maladie et ses conséquences sociales et donc, pour leur habileté à pouvoir conserver un rôle social ainsi qu'une vision unifiée d'eux-mêmes et de leur monde social » [3]. Les besoins psychosociaux peuvent être répartis en sept catégories : besoins relatifs aux interactions avec les professionnels de la santé (ex. accès facile et rapide à des médecins), besoins relatifs aux informations (ex. informations sur les plans de traitements), besoins relatifs au soutien (ex. soutien des amis), besoin relatif aux soins des enfants (ex. de l'aide pour s'occuper des enfants), besoins émotionnels et spirituels (ex. de l'aide au sujet de toute peur), besoins relatifs à l'identité (ex. de l'aide pour maintenir une certaine indépendance malgré la maladie) et besoins pratiques (ex. de l'aide pour le ménage). Le degré de satisfaction ou d'insatisfaction de ces besoins influence les états de détresse psychologique et émotionnelle ressentis par les personnes faisant face à un cancer [3] : ces besoins seraient en effet à la base de leur (in)adaptation émotionnelle et psychologique [4]. Par ailleurs, répondre à des besoins tels que ceux relatifs aux informations sur la maladie et les traitements permet aux patients et à leurs conjoints de faire des choix éclairés sur les bénéfices et les risques inhérents à leurs décisions. De plus, fournir ces informations peut permettre de diminuer l'anxiété ressentie par les personnes faisant face à un cancer [6].

Dans un couple, le développement d'un cancer chez un des partenaires aura indéniablement des conséquences cognitives, émotionnelles et comportementales sur l'autre partenaire sain<sup>1</sup> et sur leur relation [7–11]. En effet, les patients et les conjoints doivent gérer un ensemble de nouveaux stresseurs comme la dégradation de la condition physique du patient, les effets secondaires des traitements, ainsi que l'incertitude relative à l'efficacité et l'issue des traitements [10]. Le partenaire sain soutiendra le patient, sans toujours recevoir de soutien en retour, et prendra en charge diverses tâches qu'ils partageaient auparavant, comme la gestion du ménage et des enfants [12,13]. Cela va à l'encontre du principe de réciprocité, norme relationnelle de notre société, selon lequel la qualité d'une relation dépend notamment de l'équilibre entre les contributions apportées et les récompenses reçues par chacun. Ainsi, tout partenaire vivra un déséquilibre dans sa relation lorsque le ratio entre les contributions et les récompenses de l'un dépassera celles de l'autre [11] : ce déséquilibre mènera à la perception d'iniquité [14]. En d'autres termes, l'équilibre d'une relation dépend de deux facteurs généraux : l'investissement

et les bénéfices. Ces facteurs peuvent eux-mêmes être subdivisés en deux sous-catégories aboutissant aux quatre concepts suivants : sous-investissement, surinvestissement, sous-bénéfice et sur-bénéfice [13,14]. En oncologie, le sous-investissement est principalement ressenti par les patients qui ont l'impression de ne pas apporter suffisamment de soutien à leur partenaire sain [13]. Cet aspect est souvent associé au sur-bénéfice, c'est-à-dire, à l'impression qu'ont les patients de recevoir une quantité de support et de récompenses supérieure à ce qu'ils méritent [10]. À l'opposé, le surinvestissement est généralement ressenti par les partenaires sains qui ont l'impression de s'investir trop dans la relation [13]. Cet aspect s'accompagne généralement du sentiment de sous-bénéfice, c'est-à-dire, la sensation de recevoir trop peu de support et de récompenses dans la relation [10]. Cette perception d'iniquité serait un des facteurs majeurs influençant les difficultés traversées par le conjoint puisqu'elle a pour conséquence un jugement négatif de la qualité de la relation et des émotions négatives [13].

## Objectifs et hypothèse

Face aux difficultés traversées par les conjoints, il est devenu essentiel de pouvoir leur proposer des méthodes d'action adaptées aux problématiques qu'ils présentent. Plus précisément, puisque la satisfaction des besoins psychosociaux influence positivement l'adaptation des conjoints [3,5,15], l'objectif principal de cette recherche est de leur fournir des outils pour en optimiser la satisfaction. Pour ce faire, deux méthodes d'action seront mises en place : la hiérarchisation des besoins psychosociaux et la résolution de problème. Cette étude poursuit plus précisément deux sous-objectifs.

Premièrement, cette étude permettra d'évaluer l'efficacité de l'adjonction de ces deux méthodes versus l'efficacité d'une seule. L'hypothèse principale est que la combinaison des méthodes d'action aura un impact plus important et plus bénéfique sur les variables dépendantes que l'utilisation d'une seule des méthodes proposées (hiérarchisation des besoins psychosociaux). Cette combinaison pourrait permettre une diminution du nombre de besoins psychosociaux insatisfaits, du nombre de besoins psychosociaux importants et insatisfaits ainsi qu'une diminution de la détresse émotionnelle.

Deuxièmement, cette étude permettra d'évaluer l'influence de la perception d'iniquité sur l'utilisation de cette combinaison de méthodes d'action. Cette relation n'ayant jusqu'alors pas été évaluée, aucune hypothèse préalable n'est émise.

## Méthodologie

### Participants

Il s'agit de conjoints de personnes atteintes d'un premier cancer dont le diagnostic est posé depuis au minimum trois mois ( $M=6$  mois) cohabitant avec les patients depuis au moins deux ans, maîtrisant la langue française et ne

<sup>1</sup> Un partenaire considéré ici comme sain n'est pas atteint d'une affection oncologique.

souffrant ni d'une maladie chronique, ni d'un trouble psychiatrique.

## Évaluations

### Questionnaire des données socio-démographiques

Le questionnaire des données socio-démographiques, uniquement complété au T0, récolte des informations générales sur le participant (sexe, âge).

### Inventaire des besoins psychosociaux (PNI)

L'Inventaire des besoins psychosociaux (PNI) [4] est constitué de 48 items reprenant les sept catégories précitées (voir introduction). L'évaluation de l'importance et de la satisfaction des besoins se réalise sur une échelle en cinq points de type Likert de 1 à 5, les scores les plus hauts indiquant une importance et une satisfaction plus élevées. Les résultats sur cet inventaire sont rapportés en termes de nombre total de besoins, nombre de besoins importants, nombre de besoins satisfaits, nombre de besoins insatisfaits, nombre de besoins importants et insatisfaits. Pour les besoins de cette étude, la version française de cet inventaire, réalisée en 2010 par Druet, a été utilisée [16]. Les items initiaux ont premièrement été traduits de l'anglais au français et deuxièmement, traduits du français à l'anglais (procédure de back translation). Puisque moins de 20% des items posaient problème, la traduction peut être considérée comme satisfaisante. Par ailleurs, les alpha de Cronbach de cette échelle étaient de 0,96 pour l'importance et de 0,97 pour la satisfaction [16].

### Perception d'iniquité (POI)

La perception d'iniquité (POI) [10] est composée de 16 items et se divise en deux sous-échelles : « sous-investissement et sur-bénéfice » et « surinvestissement et sous-bénéfice ». Chaque item est évalué sur une échelle en cinq points de type Likert de 1 (tout à fait faux) à 5 (tout à fait vrai). Pour les besoins de cette étude, une version française de cette échelle a été réalisée [17]. Les items initiaux ont premièrement été traduits du néerlandais au français et deuxièmement, du français au néerlandais (procédure de back translation). Puisque moins de 20% des items posaient problème, cette traduction peut également être considérée comme valide. La version française présente une consistance interne satisfaisante puisque l'alpha de Cronbach vaut 0,84 pour l'ensemble de l'échelle [18]. Les alpha de Cronbach des sous-échelles sont de 0,72 pour le « sous-investissement et sur-bénéfice » et de 0,89 pour le « surinvestissement et sous-bénéfice » [17].

### Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

L'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [19–21] évalue les symptomatologies dépressive et anxieuse ainsi que la détresse émotionnelle ressenties au cours de la dernière semaine. Cette échelle est composée de 14 items dont les réponses sont données sur une échelle en quatre points de type Likert cotée de 0 à 3 ou de 3 à 0. Ces 14 items sont répartis en deux sous-échelles : anxiété et dépression. Les scores sur ces sous-échelles peuvent varier de 0 à 21. Un score entre 0 et 7 indique l'absence de symptomatologie dépressive ou anxieuse, un score entre 8 et 10 la possibilité d'une symptomatologie dépressive ou anxieuse et un score

de 11 à 21 la présence d'une telle symptomatologie. L'HADS permet aussi d'obtenir un score de détresse émotionnelle pouvant varier de 0 à 42. Un score supérieur à 14 indique la présence de détresse émotionnelle. La version française de cette échelle a été utilisée dans cette étude. Cette version a été validée par Friedman et al. (2001) [22] et présente une consistance interne satisfaisante. En effet, les alpha de Cronbach varient entre 0,79 et 0,90 pour les sous-échelles d'anxiété et de dépression.

## Méthodes d'action

### Hiérarchisation des besoins psychosociaux

La hiérarchisation des besoins psychosociaux concernait les cinq besoins psychosociaux les plus importants et les moins satisfaits mis en évidence par le PNI. Le participant devait alors les hiérarchiser. Ensuite, il lui était demandé de définir plus précisément celui qu'il plaçait au sommet de la hiérarchie et d'évoquer les difficultés qu'il rencontrait dans la satisfaction de ce besoin.

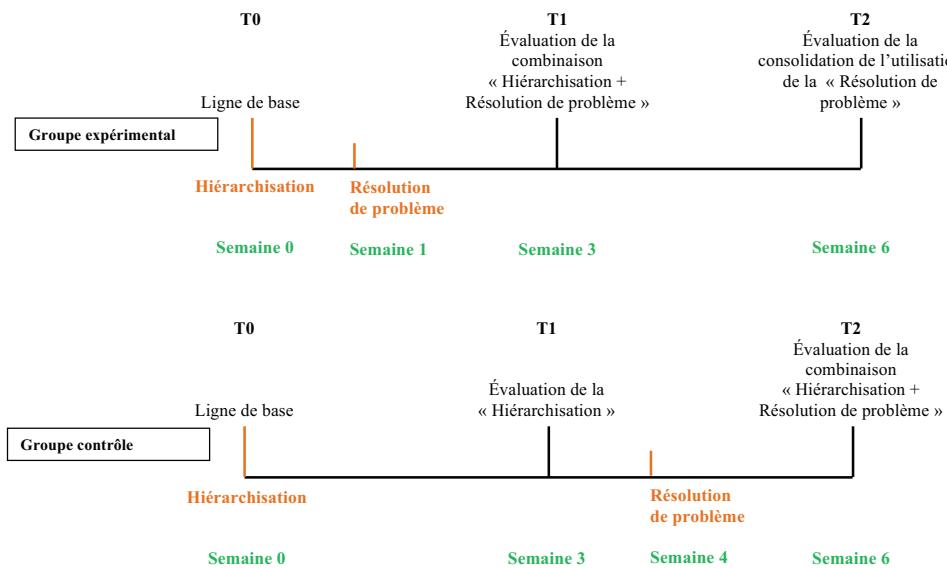
### Résolution de problème (RP)

La résolution de problème (RP) est un outil thérapeutique, développé dans les années 1970 par D'Zurilla et Goldfried, qui s'inscrit dans le courant cognitivo-comportemental. Son objectif est de trouver une solution à un problème particulier par différentes étapes : définition et formulation du problème, génération de solutions alternatives, prise de décision, implémentation d'une solution, évaluation du résultat de la solution [23]. Plusieurs auteurs ont construit leur propre modèle de RP. D'Zurilla et Nezu étant les pionniers de cette technique, leur modèle a été sélectionné pour la présente étude : il englobe les différentes étapes essentielles du processus de RP et est facile à appréhender pour des individus en détresse. Les six étapes définies par D'Zurilla et Nezu sont [24] : raisonnement et traitement, orientation générale, définition et formulation du problème, recherche de solutions alternatives, prise de décision, mise en place et vérification. La RP était réalisée sur le besoin placé au sommet de la hiérarchie des besoins psychosociaux.

## Protocole expérimental et procédure

Cette recherche adopte une perspective longitudinale et comporte trois temps d'évaluation séparés de trois semaines (T0, T1, T2). Cette perspective était nécessaire puisque cette étude pilote évalue l'efficacité de la combinaison de deux méthodes d'action par rapport à l'utilisation d'une seule de ces deux méthodes. Les participants ont été aléatoirement répartis dans deux groupes (expérimental vs témoin, dit aussi « contrôle »). La Fig. 1 présente schématiquement le protocole utilisé. Comme l'indique la Fig. 1, cinq rencontres, durant environ une heure chacune, étaient organisées entre les participants et l'expérimentatrice (première auteure). Lors de ces rencontres, seuls étaient présents le participant et l'expérimentatrice. Par ailleurs, ces rencontres avaient lieu dans des locaux où ils étaient seuls afin d'assurer la confidentialité du discours du participant.

Au T0, le protocole utilisé est identique dans les deux groupes. Ainsi, l'ensemble des participants



**Figure 1** Protocole expérimental.  
*Experimental design.*

complétait les évaluations de ligne de base et réalisait avec l’expérimentatrice la hiérarchisation des besoins psychosociaux. Cette première méthode d’action était mise en place à la fin de la première séance et durait environ 15 minutes. Une semaine plus tard, les participants du groupe expérimental rencontraient à nouveau l’expérimentatrice afin de réaliser la résolution de problème. L’expérimentatrice menait alors un entretien semi-structureur selon les six étapes définies par D’Zurilla et Nezu (2007) et présentées précédemment.

Trois semaines après la première rencontre (T0), l’ensemble des participants complétait à nouveau certaines évaluations de la ligne de base (T1). Une semaine après le T1, les participants du groupe témoin réalisaient à leur tour la résolution de problème selon le même protocole que le groupe expérimental.

Enfin au T2 (trois semaines après le T1), l’ensemble des participants complétait pour la dernière fois certaines évaluations de la ligne de base.

Le Tableau 1 présente la procédure d’évaluation utilisée en fonction des différents temps d’évaluation. Les questionnaires utilisés sont identiques dans les deux groupes et ce, aux trois temps d’évaluation.

## Analyses statistiques

La normalité des variables a été évaluée à l’aide d’un test de Shapiro-Wilk. Bien que toutes les variables ne se distribuent pas normalement, leur homoscédasticité permet de comparer les deux groupes l’un à l’autre. Ces traitements statistiques ont été effectués sur le logiciel STATISTICA (Version 10) [25]. Le risque d’erreur autorisée est fixé à  $\alpha = 5\%$  pour l’ensemble des analyses effectuées.

L’évaluation de l’évolution des besoins psychosociaux en fonction du temps (T0, T1, T2) et du groupe (expérimental vs témoin) a été réalisée par des analyses de type ANOVA à mesures répétées.

Des tests  $t$  de Student ont été utilisés pour évaluer le lien entre la perception d’iniquité et la mise en place de la résolution de problème.

## Résultats

### Données socio-démographiques

Trente-sept conjoints ont accepté de participer à cette recherche: 19 dans le groupe expérimental ( $n$  hommes = 12,  $n$  femmes = 7) et 18 dans le groupe témoin ( $n$  hommes = 11,  $n$  femmes = 7). Les participants du groupe expérimental étaient en moyenne âgés de 58 ans ( $ET = 11$ ) et ceux du groupe témoin de 57 ans ( $ET = 11$ ). Le Tableau 2 présente le nombre de participants ayant réalisé chacune des étapes de cette recherche-action en fonction du groupe d’appartenance. Tous les participants du groupe expérimental ont réalisé la résolution de problème. Après cette étape, quatre d’entre eux ont toutefois abandonné. Dans le groupe témoin, entre le premier temps d’évaluation et l’étape de résolution de problème, cinq ont abandonné. Toutefois, aucun participant de ce groupe n’a abandonné après avoir eu accès à l’étape de résolution de problème.

### Objectif 1 – Évaluation de l’évolution des besoins psychosociaux et du profil psychologique

Aucun effet statistiquement significatif n’a été mis en évidence pour l’évolution du nombre total de besoins psychosociaux, du nombre de besoins psychosociaux importants et du nombre de besoins psychosociaux satisfaits (Tableau 3).

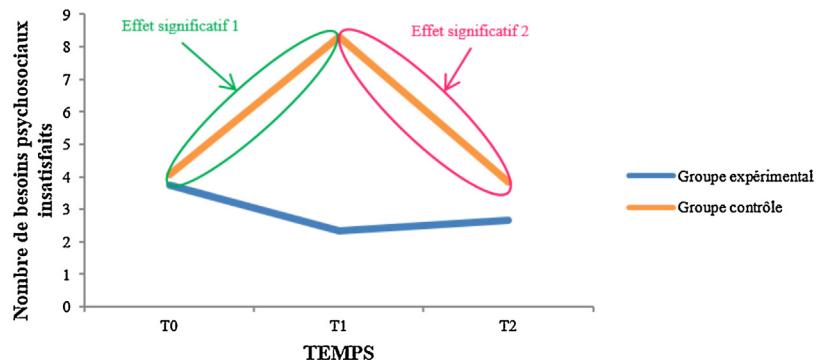
Toutefois, plusieurs effets statistiquement significatifs apparaissent pour l’évolution du nombre de besoins psychosociaux insatisfaits et pour le nombre de besoins psychosociaux importants et insatisfaits.

**Tableau 1** Répartition des questionnaires au cours des trois évaluations.  
*Distribution of the questionnaires depending on evaluation time.*

	T0	T1	T2
Questionnaires	Questionnaire de données socio-démographiques Perception d'iniquité (POI)	— —	— —
	Inventaire des besoins psychosociaux (PNI)	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	

**Tableau 2** Taux de participation (fréquence) aux différents moments d'évaluation (T0 à T2).  
*Participation rates (frequency) at the different times of assessment (T0 to T2).*

Groupe expérimental		Groupe témoin					
T0	Résolution de problème	T1	T2	T0	T1	Résolution de problème	T2
19	19	17	15	18	16	13	14

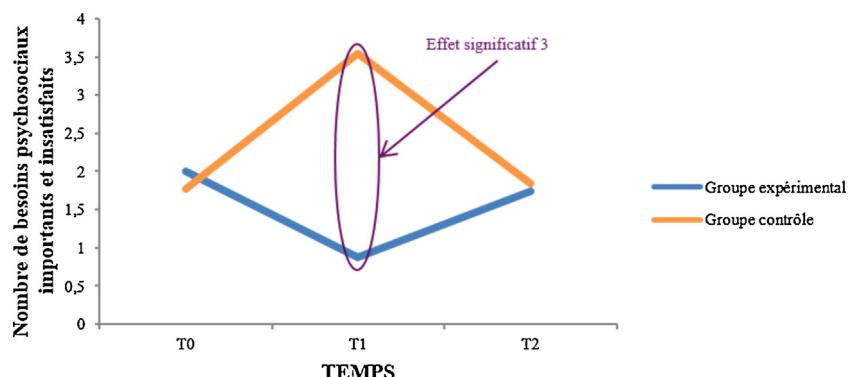


**Figure 2** Évolution du nombre de besoins psychosociaux insatisfaits au cours du temps et en fonction du groupe.  
*Evolution of the unsatisfied psychosocial needs as a function of time and group.*

Premièrement, concernant l'évolution du nombre de besoins psychosociaux insatisfaits, aucun effet statistiquement significatif n'apparaît dans le groupe expérimental entre T0 et T1. Par contre, deux effets statistiquement significatifs apparaissent dans le groupe témoin : une augmentation statistiquement significative du nombre de besoins psychosociaux insatisfaits entre T0 et T1 :  $F_{(1,26)} = 6,34, p = 0,018$  (Fig. 2 – effet significatif 1) et

une diminution statistiquement significative du nombre de besoins psychosociaux importants et insatisfaits entre T1 et T2 :  $F_{(1,26)} = 5,92, p = 0,022$  (Fig. 3 – effet significatif 2). Le  $\eta^2$  partiel indique que 12 % de la variance est expliquée par cet effet.

Deuxièmement, concernant l'évolution du nombre de besoins psychosociaux importants et insatisfaits, un effet statistiquement significatif apparaît entre les deux groupes



**Figure 3** Évolution du nombre de besoins psychosociaux importants et insatisfaits au cours du temps et en fonction du groupe.  
*Evolution of the number of important and unsatisfied psychosocial needs as a function of time and group.*

**Tableau 3** Évolution des besoins psychosociaux et du profil psychologique des participants.  
*Evolution of the psychosocial needs and the psychological profile of the participants.*

Groupe	Moyennes (Écart-types)			<i>F</i> (dl)	<i>p</i> <sup>2</sup>	$\eta^2$ partiel
	T0	T1	T2			
<b>PNI</b>						
Total						
GE	29,3 (10,9)	29,2 (12,3)	25,3 (15,5)			
GC	28,9 (9,2)	32,3 (10,5)	29,1 (8,2)	Effet groupes	0,68 (1)	0,42 0,03
				Effet du temps	1,16 (2)	0,32 0,04
				Interaction temps*groupes	0,71 (2)	0,50 0,03
Besoins importants						
GE	20,7 (8,6)	22,1 (10,5)	18,2 (11,5)			
GC	22,9 (8,3)	22,4 (8,1)	23,1 (10,4)	Effet groupes	0,73 (1)	0,40 0,03
				Effet du temps	0,68 (2)	0,51 0,03
				Interaction temps*groupes	0,73 (2)	0,49 0,03
Besoins satisfaits						
GE	17,6 (9,2)	18,3 (7,4)	14,5 (10,5)			
GC	17,0 (8,1)	16,4 (9,5)	18,0 (12,5)	Effet groupes	0,00 (1)	0,99 0,00
				Effet du temps	0,45 (2)	0,64 0,02
				Interaction temps*groupes	1,70 (2)	0,19 0,06
Besoins insatisfaits						
GE	3,6 (4,5)	2,2 (2,8)	2,7 (3,8)			
GC	4,0 (5,3)	7,9 (9,2)	3,8 (5,5)	Effet groupes	1,88 (1)	0,18 0,07
				Effet du temps	1,78 (2)	0,18 0,07
				Interaction temps*groupes	3,69 (2)	0,03* 0,12
Besoins importants et insatisfaits						
GE	1,8 (3,0)	0,8 (1,3)	1,7 (3,1)			
GC	2,1 (3,1)	3,5 (3,5)	1,8 (3,1)	Effet groupes	0,90 (1)	0,35 0,30
				Effet du temps	0,25 (2)	0,78 0,01
				Interaction temps*groupes	3,34 (2)	0,04* 0,11
<b>HADS</b>						
Anxiété						
GE	7,8 (3,1)	7,6 (4,1)	6,6 (4,5)			
GC	9,6 (4,2)	9,2 (4,9)	7,9 (4,8)	Effet groupes	0,62 (1)	0,44 0,02
				Effet du temps	2,34 (2)	0,11 0,08
				Interaction temps*groupes	0,10 (2)	0,91 0,00
Dépression						
GE	4,2 (3,5)	3,3 (4,1)	4,1 (5,7)			
GC	4,3 (2,9)	4,3 (3,1)	2,9 (2,9)	Effet groupes	0,05 (2)	0,82 0,00
				Effet du temps	1,39 (2)	0,26 0,05
				Interaction temps*groupes	1,51 (2)	0,23 0,05
Total						
GE	11,9 (5,6)	10,9 (7,4)	10,7 (9,4)			
GC	13,9 (6,4)	13,5 (6,9)	10,8 (6,5)	Effet groupes	0,12 (1)	0,74 0,00
				Effet du temps	2,66 (2)	0,08 0,09
				Interaction temps*groupes	0,41 (2)	0,67 0,01

GE : groupe expérimental ; GC : groupe témoin ; PNI : inventaire des besoins psychosociaux ; HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale ; \*  $p < 0,05$ .

au T1. Les comparaisons planifiées donnent un  $F_{(1,26)} = 9,08$ ,  $p = 0,006$  (Fig. 3 – effet significatif 3). Le  $\eta^2$  partiel indique que 11 % de la variance est expliquée par cet effet.

La détresse émotionnelle et l'anxiété diminuent de manière non significative dans les deux groupes du T0 au T1 et du T1 au T2. La détresse émotionnelle du groupe expérimental varie comme suit ( $M$  (ET)) (voir Tableau 2) : 11,95 (5,58), 10,94 (7,40), 10,73 (9,38) et celle du groupe témoin : 13,94 (6,39), 13,50 (6,96), 10,79 (6,55). L'anxiété du groupe expérimental varie comme suit ( $M$  (ET)) : 7,79 (3,15), 7,65 (4,09), 6,60 (4,48) et celle du groupe témoin : 9,61 (4,22), 9,19 (4,94), 7,86 (4,79). Toutefois, d'après les normes de la HADS, le score d'anxiété du groupe témoin passe, au T2, en-dessous du score seuil.

## Objectif 2 – Perception d'iniquité et résolution de problème

Les deux sous-dimensions de la perception d'iniquité ne se différencient pas par leur moyenne. En effet, le «*sous-investissement et sur-bénéfice*» présente une  $M = 2,26$  (ET = 0,61) et le «*surinvestissement et sous-bénéfice*» une  $M = 2,15$  (ET = 0,76).

De plus, aucune des deux sous-dimensions de la perception d'iniquité n'a d'influence sur la mise en place ou non, de la solution sélectionnée lors de la résolution de problème.

Il semble important de noter que 72 % de notre échantillon ( $n = 32$ ) ont effectivement mis en place la solution sélectionnée lors de la résolution de problème. Les participants ne l'ayant pas mise en place expliquent qu'ils n'en ont pas eu l'occasion ou qu'ils n'y ont tout simplement pas pensé. L'échantillon total présente, sur une échelle de type Likert en cinq points allant de 1 = pas du tout satisfait à 5 = tout à fait satisfait, une moyenne de satisfaction relative à la solution sélectionnée de 3,60 (ET = 1,19). Les moyennes des groupes expérimental et témoin sont respectivement de 3,76 et de 3,38. Cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative ( $F = 0,74$ ,  $p = 0,396$ ;  $> 0,05$ ).

## Discussion

Notre recherche poursuivait deux objectifs :

- évaluer l'efficacité d'une combinaison de méthodes d'action pour optimiser la satisfaction des besoins psychosociaux ;
- évaluer l'influence de la perception d'iniquité sur l'utilisation de cette combinaison.

Tout d'abord, les résultats relatifs aux besoins psychosociaux chez les conjoints mettent en évidence leur existence et leur importance, ce qui confirme les données de la littérature. Toutefois, notre échantillon ressent plus de besoins que d'autres [4], ce qui peut notamment s'expliquer par la période à laquelle nous intervenons c'est-à-dire, plus précocement. Par ailleurs, les scores de détresse émotionnelle de nos participants sont davantage semblables à ceux d'une population témoin [26,27]. Nous pouvons également observer que les conjoints ressentent plus d'anxiété que de dépression, ce qui semble indiquer qu'occuper la position de conjoint face au cancer semble plutôt anxiogène

[28]. Par contre, les conjoints rencontrés ne rapportent pas davantage un sentiment de «*surinvestissement et sous-bénéfice*» que de «*sous-investissement et sur-bénéfice*» contrairement aux résultats d'études préalables [10,13,29]. Cette inconsistance démontre la nécessité de continuer à s'intéresser à ce nouveau concept en psycho-oncologie qu'il faudra évaluer dans un échantillon plus important.

Septante-deux pour cent de l'échantillon ont effectivement mis en place la solution sélectionnée. Ce taux nous semble satisfaisant même si aucune autre étude ne mentionne ce type de pourcentage [30,31].

Concernant notre premier objectif, l'évaluation de l'évolution des besoins psychosociaux, nos résultats montrent l'intérêt d'utiliser la combinaison de méthodes d'action. Entre T0 et T1, au sein du groupe expérimental, nous observons notamment une diminution du nombre total de besoins, du nombre de besoins insatisfaits et du nombre de besoins importants et insatisfaits, au contraire de ce qui est observé au sein du groupe témoin. De plus, nous observons une augmentation du nombre de besoins importants et de besoins satisfaits au sein du groupe expérimental contrairement à ce qui est observé au sein du groupe témoin. Les résultats obtenus dans le groupe témoin entre T1 et T2 présentent un pattern identique à celui observé entre T0 et T1 au sein du groupe expérimental. Cela semble démontrer l'efficacité de la combinaison des méthodes, ce qui correspond à notre hypothèse générale : planifier une action répondant à un besoin considéré comme important semble efficace.

Concernant notre second objectif, l'évaluation de l'influence de la perception d'iniquité sur l'utilisation de la combinaison de méthodes, puisqu'aucune des deux dimensions de la perception d'iniquité n'est prédominante, les résultats ne permettent pas de déterminer le sens ou l'existence de cette influence.

Cette étude présente certaines limites. La taille de l'échantillon est en effet petite : il serait intéressant de répliquer l'étude avec plus de participants. De plus, la perception d'iniquité n'a été évaluée qu'au T0, ce qui ne permet pas d'avoir une idée de la variation de ses dimensions au cours du temps et en fonction de l'accès aux méthodes d'action. Malgré ces limites, cette recherche a l'avantage d'être préliminaire dans l'étude des conjoints en psycho-oncologie et d'offrir différentes perspectives, aussi bien cliniques (application du protocole) qu'expérimentales (amélioration et réPLICATION du protocole à un échantillon plus important afin d'avoir des résultats plus robustes).

## Conclusion

Les résultats démontrent l'intérêt de proposer aux conjoints la combinaison de méthodes d'action utilisée puisqu'elle a un impact positif sur leurs besoins psychosociaux. Elle semble influencer positivement leur détresse émotionnelle, surtout leur anxiété.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] Giarelli E, McCorkle R, Monturo C. Caring for a spouse after prostate surgery: the preparedness needs of wives. *J Fam Nurs* 2003;9(4):453–85.
- [2] Hodgkinson K, Butow P, Hobbs K, Hunt GE, Lo SK, Wain G. Assessing unmet supportive care needs in partners of cancer survivors: the development and evaluation of the Cancer Survivors' Partners Unmet Needs measure (CaSPUN). *Psychooncology* 2007;16(9):805–13.
- [3] Thomas C, Morris S, Harman J. Companions through cancer: the care given by informal carers in cancer contexts. *Soc Sci Med* 2002;54(4):529–44.
- [4] Thomas C, Morris S, Soothill K, McIlmurray M, Francis B, Harman J. What are psychosocial needs of cancer patients and their main carers? In: A study of user experience of cancer services with particular reference to psychosocial needs. Lancaster: University of Lancaster; 2001.
- [5] Schmid-Büchi S, Halfens R, Dassen T, van den Borne B. Psychosocial problems and needs of posttreatment patients with breast cancer and their relatives. *Eur J Oncol Nurs* 2011;15(3):260–6.
- [6] Adams E, Boulton M, Watson E. The information needs of partners and family members of cancer patients: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2009;77:179–86.
- [7] Andreassen S, Randers I, Näslund E, Stockeld D, Mattiasson A. Family members' experiences, information needs and information seeking in relation to living with a patient with oesophageal cancer. *Eur J Cancer Care* 2005;14(5):426–34.
- [8] Libert Y, Merckaert I, Etienne A-M, Farvacques C, Liénard A, Messin S, et al. Une « toxicité » sous-estimée : les impacts psychosociaux des traitements sur les proches aidants principaux. *Oncologie* 2007;9(3):26–36.
- [9] Luszczanska A, Boehmer S, Knoll N, Schulz U, Schwarzer R. Emotional support for men and women with cancer: do patients receive what their partners provide? *Int J Behav Med* 2007;14(3):156–63.
- [10] Kuijer R, Buunk B, De Jong G, Ybema J, Sanderman R. Effects of a brief intervention program for patients with cancer and their partners on feelings of inequity, relationship quality and psychological distress. *Psychooncology* 2004;13(5):321–34.
- [11] Pinkert C, Holtgräwe M, Remmers H. Needs of relatives of breast cancer patients – The perspectives of families and nurses. *Eur J of Onc Nursing* 2013;17:81–7.
- [12] Kim Y, Carver C. Frequency and difficulty in caregiving among spouses of individuals with cancer: effects of adult attachment and gender. *Psychooncology* 2007;16(8):714–23.
- [13] Ybema J, Kuijer R, Buunk B, De Jong G, Sanderman R. Depression and perceptions of inequity among couples facing cancer. *Pers Soc Psychol Bull* 2001;27(1):3–13.
- [14] Kuijer R, Buunk B, Ybema J. Justice of give-and-take in the intimate relationship: when one partner for a couple is diagnosed with cancer. *Pers Relatsh* 2001;8(1):75–92.
- [15] Glajchen M. The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *J Support Oncol* 2004;2(2):145–55.
- [16] Druet M-C. Étude longitudinale des besoins psychosociaux de personnes en traitement ou en rémission de cancer en parallèle avec ceux de leur conjoint. Mémoire de licence en sciences psychologiques non publié. Liège: Université de Liège; 2010.
- [17] Wagener A. Étude longitudinale des besoins psychosociaux des conjoints de personnes atteintes d'un cancer : Évaluation de l'efficacité de méthodes d'action : hiérarchisation des besoins psychosociaux et résolution de problème. Mémoire de licence en sciences psychologiques non publié. Liège: Université de Liège; 2012.
- [18] Wonnacott T, Wonnacott R. Statistique : Économie – gestion – sciences – médecine (avec exercices d'application). 4e éd. Paris: Economica; 1991.
- [19] Bjelland I, Dahl A, Tangen Haug T, Neckelman D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *J Psychosom Res* 2002;52(2):69–77.
- [20] Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robay E. Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Rev Psychol Appl* 1989;39(4):395–408.
- [21] Zigmund A, Snaith R. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361–70.
- [22] Friedman S, Samuelian JC, Lancrenon S, Even C, Chiarrelli P. Three-dimensional structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large French primary care population suffering from major depression. *Psychiatry Res* 2001;104(3):247–57.
- [23] Poinsot R, Antoine P. La résolution de problème en psychothérapie. Paris: Dunod; 2008.
- [24] D'Zurilla R, Nezu A. Problem-solving therapy: a positive approach to clinical intervention. New York: Springer; 2007.
- [25] StatSoft. STATISTICA (logiciel d'analyse des données), version 10. Tulsa, Oklahoma. USA: StatSoft; 2011.
- [26] Hagedoorn M, Buunk B, Kuijer R, Wobbes T, Sanderman R. Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psychooncology* 2000;9(3):232–42.
- [27] McMillan S, Small B, Weitzner M, Schonwetter R, Tittle M, Moody L, et al. Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer. *Cancer* 2006;106(1):214–22.
- [28] Kozachik S, Given C, Given B, Pierce S, Azzouz F, Rawl S, et al. Improving depressive symptoms among caregivers of patients with cancer: results of a randomized clinical trial. *Oncol Nurs Forum* 2001;28(7):1149–57.
- [29] Ybema J, Kuijer R, Hagedoorn M, Buunk B. Caregiver burnout among intimate partners of patients with a severe illness: an equity perspective. *Pers Relatsh* 2002;9(1):73–88.
- [30] Cameron J, Shin J, Williams D, Stewart D. A brief problem-solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer. *J Psychosom Res* 2004;57(2):137–43.
- [31] Pitceathly C, Maguire P. The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *Eur J Cancer* 2003;39(11):1517–24.