

CANCER ET DYNAMIQUE DE COUPLE

CH. REYNAERT,
Y. LIBERT, D. JACQUES,
F. GODENIR, N. ZDANOWICZ¹

Mots-clefs : cancer, sexualité dynamique de couple,
consultation médicale triangulaire

*Pour se comprendre soi-même,
on a besoin d'être compris par l'autre.
Pour être compris par l'autre,
on a besoin de comprendre l'autre.*

Thomas HORA

RÉSUMÉ

Correspondance :
Pr. Ch. Reynaert
Service de Médecine Psychosomatique
Cliniques universitaires de Mont-Godinne
Avenue Therasse 1
B-5530 Yvoir

Le cancer, de par son processus évolutif et la complexité des traitements préconisés, est une des maladies les plus susceptibles d'induire une détresse émotionnelle chez le patient et son entourage, en particulier le conjoint.

L'ensemble des études sur l'interaction entre facteurs psychologiques et cancer montre que le meilleur pronostic en terme vital, mais surtout en terme de qualité de vie, est corrélé à une attitude réaliste de lutte active (*fighting spirit*) et à l'existence d'un support social adéquat (ni rejetant, ni hyperprotecteur). Le conjoint pourrait donc être le co-thérapeute tout désigné pour soutenir le patient.

Mais, si un tiers des patients cancéreux présente un état anxiodépressif invalidant, les quelques études consacrées au partenaire montrent un pourcentage plus élevé de partenaires souffrant d'une détresse émotionnelle inhibant leurs mécanismes d'adaptation !

Une modélisation systémique du couple nous montrera comment la dynamique de l'interaction conjugale, en cas de survenue d'un cancer, peut être une source de soutien mais aussi une source de stress supplémentaire. *Les difficultés de communication dans le couple et les dysfonctions sexuelles* paraissent les grands oubliés de la médecine, même lorsqu'elle fonctionne en équipe pluridisciplinaire.

Les auteurs montrent qu'il faut tenir compte de ce réseau relationnel, non seulement dans un respect éthique de l'accordage affectif autour du patient, mais aussi dans une perspective thérapeutique. Il est important de traiter l'information en circularité, non seulement pour avoir une hétéro-anamnèse plus près de la réalité, mais aussi pour permettre aux deux partenaires d'exprimer leurs émotions.

Etre attentif à évaluer, non seulement l'état du patient, mais également l'état de son conjoint et le type d'interactions nouées entre eux, fait bien partie de l'art d'exercer notre métier.

Quelques pistes pratiques seront données pour intégrer l'accompagnant au traitement, tout en respectant notre irréductible secret professionnel.

¹ Service de Médecine Psychosomatique
Cliniques universitaires Saint-Luc
B-5530 Yvoir

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET CANCER

Depuis longtemps, les hypothèses établissant des liens entre les facteurs psychologiques et le cancer sont émises dans notre culture. D'audacieuses recherches en psychologie ont tenté de désigner le stress, l'ajustement à la maladie, la dépression ou le type de personnalité comme facteurs participants à l'apparition ou à l'évolution du cancer.

Les rapports entre facteurs psychologiques et cancer sont hautement complexes faisant intervenir de nombreux systèmes biologiques, psychologiques, voire même sociologiques en interaction. Les voies explicatives indirectes sont proposées par la psycho-neuro-endocrino-immunologie (1).

Dès 1989 (2), les manuels en psycho-oncologie, qui refont la synthèse des travaux existants, s'accordent tous pour constater qu'un bon pronostic est associé à un esprit combatif (ou en tout cas à une absence d'affects dépressivo-anxieux) et à *un réseau social de qualité*. Si tel n'est pas le cas, une thérapie psychologique adjuvante est indiquée.

Citons les travaux des Simonton (3) qui proposent une méthode de thérapie adjuvante au traitement médical basée sur une prise de conscience du stress, de ses priorités dans la vie et principalement une plus grande attention à son corps par des techniques de relaxation, d'activités physiques et la capacité de pouvoir se faire plaisir. Un point important de leur méthode est que, tout au long du traitement, le patient est amené à choisir *une personne aimante de son entourage* pour l'accompagner.

L'intérêt de toutes les techniques de psychothérapie est de pouvoir *exprimer ses émotions et d'expérimenter une communication claire* avec le thérapeute ou avec le groupe de paroles.

En psycho-oncologie, les thérapies adjuvantes au traitement médical reposent sur la psychothérapie individuelle, la thérapie de groupe, la psychopharmacologie, une bonne communication médecin-patient et, plus récemment (4), apporter *un soutien au support social*, en particulier intégrer le proche au traitement.

En effet, si la maladie cancéreuse bouleverse, pour l'être humain, son rapport aux autres et à lui-même, *savoir son conjoint atteint d'un cancer* est également un stress existentiel profond, marqué par des préoccupations concrètes concernant l'organisation familiale, les changements de rôles et de responsabilités, avec un tissu d'inquiétude financière et de choix de la bonne équipe médica-

le. Au-delà de ces préoccupations bien pratiques, le diagnostic d'un cancer réveille toujours des angoisses d'incertitude, de mort, de souffrance, de risque de perte et de séparation.

Les études typiques sur le climat familial, la détresse du conjoint et le type de relation de couple sont extrêmement rares, la littérature classique ne l'abordant qu'indirectement sous le terme *support social*.

A PROPOS DU SUPPORT SOCIAL

Il reste encore difficile de savoir si le support social exerce des effets positifs directs, transitant par exemple par des contacts physiques, ou par des échanges verbaux libérateurs découlant de ce support social, ou au contraire par des mécanismes indirects (effet tampon) selon lesquels l'évaluation cognitive des stressés serait modifiée dans un sens plus positif après les échanges. En tout cas, le soutien social semble réduire le stress perçu et augmenter les ressources auto-évaluées face au stressé et donc le contrôle perçu (5).

PAR QUEL MÉCANISME L'ENTOURAGE PEUT-IL PARTICIPER À UNE DIMINUTION DU STRESS, ET DONC À UNE MEILLEURE SANTÉ ?

1. De l'intérêt de pouvoir partager son vécu

Une enquête (6) menée auprès de conjoints de personnes décédées par suite de suicide ou d'accident a fourni des observations sur l'importance qu'il y a à ré-évoquer des événements de vie. Elle a montré que la probabilité de développer une maladie dans le cours de l'année qui a suivi le décès est la plus forte pour ceux des conjoints qui n'ont jamais ré-évoqué cette expérience avec d'autres personnes. *Les échanges verbaux libérateurs semblent donc bons pour la santé*.

2. Redistribuer le stress et sa perception

Ainsi en va-t-il, par exemple, dans l'anecdote d'Isaac et de Jacob. Isaac, qui doit 500 000 francs à Jacob, n'arrive pas à s'endormir car il doit les restituer le lendemain et n'en a pas les moyens. La dimension de support social prend tout son sens lorsque l'épouse d'Isaac, voyant qu'il n'arrive pas à s'endormir (et par la même occasion qu'il l'empêche de dormir elle aussi), en vient, courroucée, à réveiller Jacob (qui habite en face) en pleine nuit et à l'informer, d'ores et déjà, qu'il ne récupérera pas son bien le lendemain. Dans cette interaction, nous voyons, d'une part, l'action du support

social (partager un souci avec son épouse), mais aussi surtout comment l'action peut s'exercer sans rien modifier dans le réel du stresser (les 500.000 francs restent dus). C'est essentiellement au niveau « perçu » que s'opère l'aménagement: non-seulement l'épouse est au courant de l'existence du stresser, mais de plus, ensemble, ils localisent la perturbation perçue, non plus chez eux, mais chez Jacob, dont on peut supposer qu'il dormira moins bien !

Cette anecdote montre que le support familial est essentiellement *dynamique et subjectif*.

3. De l'importance des contacts physiques

Des chercheurs australiens ont réalisé une grande étude prospective sur la corrélation entre le nombre de rapports sexuels et la survenue d'un cancer de la prostate chez des hommes de 60 ans. Au grand étonnement des chercheurs, ils ont trouvé une relation inverse entre le nombre de rapports sexuels et le risque de développer un cancer de la prostate dans les années qui suivent, *ce pourrait être une apologie des contacts physiques* (7).

UN RENFORCEMENT DE L'IMMUNITÉ ?

L'intérêt pour le support social reste bien présent dans les études psycho-immunologiques, support social qui pourrait faire un tampon avec le désespoir entraînant une immuno-suppression (1).

1. *Une façon d'étudier le désespoir* consiste par exemple, dans des *études animales* sur les singes, à isoler un animal du groupe de ses congénères.

Dans cette étude (8), au départ les singes vivent en communauté, ils sont ensuite séparés de leur groupe social, pour finalement être remis en présence de leur partenaire privilégié.

Comparée à la situation de départ au niveau 0, la vie en communauté, nous voyons une importante diminution du nombre des lymphocytes T auxiliaires lorsque les femelles singes sont séparées de leur groupe social. Ces variables immunitaires s'améliorent lorsqu'on réintroduit leur partenaire préféré dans la cage. Cette étude montre que chez les singes, en tout cas, et dans leur registre de leur immunité tout au moins, *mieux vaut vivre en société avec son couple* que dans un face-à-face

isolé, mais celui-ci est encore préférable à la solitude complète.

2. Si nous quittons le couple de primates pour celui de *l'homo sapiens*, les travaux remarquables de Kiecolt-Glaser *et al.* (9-11) ont apporté ces dernières années plusieurs arguments à l'édifice psycho-socio-immunologique. Dans une première étude consacrée à des femmes, la fonction immunitaire est altérée en cas de *dysharmonie conjugale*. En cas de séparation, elle est perturbée de façon proportionnelle à l'attachement qu'elles gardent pour leur ex-partenaire (9). La deuxième étude, elle, se focalise davantage sur l'immunité de l'homme. On observe chez celui-ci un effondrement immunitaire quand il n'est *pas l'initiateur* de la séparation conjugale, et quand il se vit comme abandonné (10). Le troisième travail fait en quelque sorte l'apologie de la résolution des conflits conjugaux puisque les comportements négatifs passifs (ignorer l'autre, ne plus lui parler, bouder, ...) sont à la source des plus importantes perturbations (11).
3. Des *travaux en médecine psychosomatique* essaient de comprendre les multiples facteurs qui sous-tendent la vitalité immunitaire comme les cellules NK dans le cas du cancer du sein. Parmi les meilleurs prédicteurs, nous retrouvons *le soutien social, qu'il soit issu du conjoint, voire du médecin*, au même titre que les récepteurs hormonaux, le type de chirurgie et les stratégies d'adaptation psychologique (12).

LE SUPPORT SOCIAL ET CONJUGAL : LA PIRE ET LA MEILLEURE DES CHOSES

La notion de support social est loin d'être quantitative, les relations humaines sont complexes. En effet, un support social inadéquat (hyperprotecteur ou rejetant) peut avoir des effets négatifs sur la santé.

1. Une étude absolument remarquable à cet égard a été réalisée avec des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) (13). On a observé une relation inversement proportionnelle entre la satisfaction des victimes à propos de leur famille et la célérité de leur réhabilitation. Cette étude en arrive à mettre en évidence que les familles trop fortement cohésives et hyperprotectrices sont aussi celles au sein desquelles la récupération fonctionnelle à la suite d'un AVC est la plus difficile. Pensez à l'hémiplégie que toute

la famille entoure, même pour lui mettre la petite cuillère à la bouche : il ne doit même pas se bouger pour manger son yaourt !

2. L'hyperprotection n'est pas toujours le résultat d'une dysfonction dans la communication, elle vient parfois d'une mauvaise information. Par certains aspects, l'étude de (14) s'inscrit dans cet ordre d'idées, en ce qui concerne cette fois le domaine de la revalidation post-infarctus. Taylor et ses collègues mettent sur pied une étude comparative dans le cadre de l'épreuve d'effort (sur tapis roulant). Leur dessin expérimental, audacieux, consiste à constituer trois groupes de patients, selon qu'ils se prêtent à l'exercice demandé dans l'un ou l'autre des trois contextes suivants: dans le premier cas, l'épouse du patient se trouve dans la salle d'attente; dans le second, l'épouse entre dans la salle et peut observer les performances physiques dont son mari est encore capable après l'infarctus; dans la troisième condition, il est demandé à l'épouse qui a observé les performances de son mari d'effectuer la même performance physique que son mari sur le tapis roulant. C'est dans la troisième condition que la qualité de la réhabilitation cardiaque est la meilleure. Les deux premières conditions donnent lieu à une discordance entre l'évaluation des deux conjoints, l'épouse étant convaincue que son mari est fort diminué physiquement. Cette croyance subjective contribue au développement d'un comportement d'hyperprotection à l'égard du mari coronarien, lesquels mécanismes retardent et altèrent la qualité de la réhabilitation. Cette étude met en évidence le *risque d'infantiliser* le patient si le conjoint est trop investi dans l'hyperprotection.
3. L'habilité du conjoint à apporter un support positif dépend de sa propre réaction à la maladie et de la dynamique du couple. De façon caricaturale deux grands mécanismes de défense se retrouvent chez le conjoint du patient cancéreux : le déni et l'hyperprotection (15).

Ces deux mécanismes sont une défense contre l'angoisse personnelle du partenaire mais risquent d'être perçus par le patient comme une indifférence (en cas de *déni*) ou une infantilisation et une perte d'identité (en cas de *surprotection*) et en tout cas peuvent entraîner une fermeture du dialogue entre les partenaires

Quelques exemples :

- Un homme qui avait perdu sa propre mère d'un cancer gynécologique qui n'avait pas répondu à des traitements assez agressifs était persuadé que le cancer est incurable et donc a découragé son épouse d'entreprendre un traitement qui dans son cas était curatif.
- Un patient qui avait un rôle dominant dans le couple est affaibli par un cancer du poumon, l'épouse complètement dépassée, terrorisée par l'idée de rester seule tombe en dépression.
- Un mari réagit par le déni et une pensée dichotomique de style « tout ou rien ». Il veut « tout continuer comme avant ». Quand l'épouse rentre à domicile, il exige d'elle qu'elle reprenne ses activités « puisqu'elle n'est plus hospitalisée, elle n'est plus malade ».
- Une épouse rentre à domicile après mastectomie. Le mari, aux petits soins pour elle, n'ose pas lui proposer de faire l'amour car elle est « encore si fatiguée ». L'épouse interprète cette dés-érotisation de la relation comme une perte de son pouvoir de séduction.

Dans une étude récente belge (16), quand on demande au patient cancéreux de désigner la personne qui l'a le plus aidé dans la gestion de sa maladie le mois précédant l'interview, 57% des patients désignent *le conjoint*. (Les autres proches pouvant être les parents, les enfants ou plus rarement, un ami).

Le conjoint est un support social tout particulier. Pour mieux le comprendre, il est important de nous pencher sur *la mystérieuse dynamique d'un couple* et sur son baromètre de bon fonctionnement : *la sexualité*.

À PROPOS DU COUPLE

QU'EST-CE QU'UN COUPLE ET QUELLE PLACE PEUT Y PRENDRE UN CANCER ?

Un couple, c'est un *système* qui comprend la somme de deux individus (JE+TU) plus la qualité émergente de leur interaction (NOUS), c'est-à-dire toute la communication réelle imaginaire et symbolique entre deux êtres humains (17). Dans un système, tout changement apparaissant dans un élément ou au sein de la relation unissant les éléments est source de changement pour l'autre élément. Un cancer, qui atteint un des partenaires, fait bien partie également de l'interaction conjugale.

Le couple restera toujours le modèle de la relation interpersonnelle en réciprocité. Il est le lieu où s'entrelacent à la fois la perpétuation des traditions et la nouveauté, nouveauté émergeant de la rencontre de deux êtres singuliers mais héritiers de leurs romans familiaux respectifs.

La survenue d'un cancer peut réactiver des souffrances du passé. Ainsi, si le conjoint a connu des personnes malades dans sa famille, un réveil des traumatismes de l'enfance et une anticipation de même évolution peuvent perturber la dynamique actuelle. S'il n'a jamais connu de personnes proches atteintes d'une maladie grave, il s'agit d'une angoisse totale devant l'inconnu.

La psychologisation à outrance qui se répand parfois dans notre culture peut aussi réveiller des sentiments de culpabilité dans l'entourage. La culpabilité la plus fréquente pour le conjoint est celle d'éprouver des sentiments de colère, de craintes, de peur et des affects dépressivo-anxieux, alors qu'il n'est pas lui-même le malade !

Remarquons aussi que l'évolution de la médecine diminue de plus en plus les temps d'hospitalisation faisant indirectement jouer au conjoint le rôle de soignant, à la maison, sans compter l'organisation matérielle des trajets vers l'hôpital de jour !

La survenue d'une maladie grave chez un membre du couple réactive souvent concrètement les relations actuelles avec les familles d'origine qui sont sollicitées non seulement au point de vue affectif mais aussi au point de vue matériel. Le couple affronte donc ainsi la maladie avec une diminution de ses limites conjugales.

Un cancer peut resserrer ou desserrer les liens entre les partenaires d'un couple. Voici ce que nous pouvons entendre :

« ...je crois que honnêtement notre couple a été renforcé par cette épreuve, on a pris conscience tous les deux qu'on aurait pu être séparés si cela avait mal tourné »

mais aussi :

« Mon gros problème, et il le sera toujours, je le sais c'est le fait que mon compagnon n'ait pas été là au moment où il le fallait »

Remarquons que le taux de divorces n'est certainement pas plus élevé chez les survivants du cancer que dans la population tout venant (2). L'effet le plus fréquent est d'induire ou d'exacer-

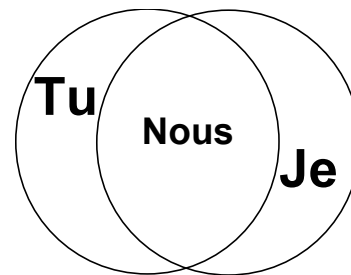
ber des déficits ou de dysfonction dans la communication.

Nous proposons au lecteur une réflexion à partir d'une modélisation du couple « normal », en insistant sur la délicate régulation des distances aux différents niveaux de communication entre partenaires.

Comment la communication constitue-t-elle une connivence ? Quand devient-elle une pseudo communication, quand bascule-t-elle dans l'intrusion ?

Sera esquissée aussi une tentative de définition d'une sexualité « normale ».

DE L'INDIVIDU AU COUPLE : POUR UNE ÉTHIQUE DE LA RELATION



Qu'un couple ne soit plus considéré comme la somme des individus qui le composent mais comme un système qui s'accroît d'une troisième dimension (la qualité émergeante de l'interaction entre les deux partenaires) est une conception qui donne un nouvel éclairage au pacte secret de la relation amoureuse.

On peut en apercevoir la genèse lorsqu'on distingue soigneusement toute la nuance qui existe entre «besoin » et «désir». Le besoin peut être comblé et ne fait pas référence à autrui; le désir, lui, porte sur un manque en même temps qu'il s'adresse à l'autre. Manque jamais comblé, gardant le désir toujours en éveil, toujours se renouvelant, dans une alternance de proximité et de distance.

La meilleure définition de l'amour pourrait être «le bonheur d'une personne est essentiel au bonheur de l'autre». La sexualité, lorsque inscrite dans une relation éthique, fait que la jouissance de l'un est la fin et le moyen de la jouissance de l'autre. L'accordage érotique s'intrique alors à l'accordage affectif mais en respectant un subtil équilibre entre donner et recevoir.

Paraphrasant les mathématiques, les théories systémiques émettent le « $1 + 1 = 3$ », puisque **JE + TU + NOUS = 3**. Elles reconnaissent la spécificité des individus et celle du système conjugal: deux êtres qui ne font qu'un, tout en restant deux personnes différentes.

Cette conception dynamique privilégie la nature des liens en réciprocité. Dans cette optique, lors d'un conflit conjugal ou d'un malentendu dans la communication, le poids de la responsabilité ne pèsera plus sur un seul: *c'est l'interaction, comme telle, en souffrance, qui devra être évoquée.*

Ainsi, le travail au cours des entretiens avec un couple est-il souvent de restituer, de clarifier, le contrat de base tacite du couple en ce qui concerne le rapport au corps et l'attitude devant la maladie; ce qui permettra de le modifier si nécessaire ou du moins de prendre conscience des malentendus, des dysfonctions de l'interaction « *je ne peux pas montrer mes faiblesses, » « si je me plains, il ne va plus m'aimer »...*

En consultation, la prise de conscience et la verbalisation des fausses croyances projetées sur le conjoint permettront peut-être de relancer la dynamique de l'aventure conjugale en y intégrant l'épreuve du cancer.

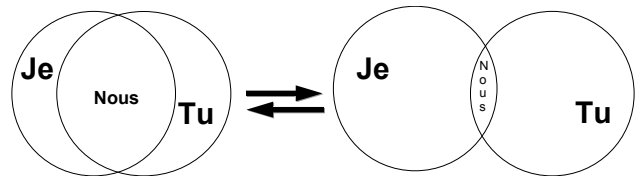
LE COUPLE «NORMAL» : DU COUPLE IDÉAL À L'IDÉAL DU COUPLE

Suivant le modèle proposé, le couple idéal serait celui qui sauvegarde jalousement un espace d'intimité pour le «Nous», quels qu'en soient le ou les domaines (loisirs, sports, culture, sexualité, construction de la maison, jeux, vie sociale, expression des émotions, éducation des enfants,...). Ils cultivent ainsi un lieu de confiance et de connivence où chacun peut se ressourcer sans être absorbé, où chaque membre peut gagner en sécurité, en estime de soi.

Vivre ensemble, parfois séparément, parfois en cohésion, dans une *oscillation flexible entre autonomie et dépendance* permettra que le couple se tienne droit entre la famille d'avant et la famille d'après, entre passé et avenir, non pas droit et rigide comme le chêne, mais bien souple et ondulant, comme le roseau de la fable de notre enfance.

Un couple sain est un couple qui peut tomber malade et s'en relever, qui connaît des crises et des conflits, mais qui peut les surmonter et les résoudre. Un couple en équilibre peut se permettre des «ratés» dans sa sexualité, des périodes de lâches compromis, des silences et de la lassitude,

pour autant que ceux-ci se réinscrivent ensuite dans un processus en évolution, car, *in fine*, c'est la temporalité (plutôt que les épisodes ponctuels) qui donne l'essence au projet amoureux.



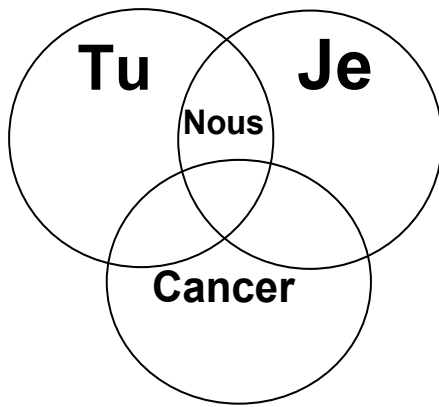
Les systèmes vivants ne peuvent dénier la flèche du temps qui passe et le rythme des cycles de vie. A certains moments, le «Nous» peut être «océanique»; à d'autres moments de leur vie, les partenaires peuvent voir le «Nous» réduit à un mince filet parfois uniquement tissé de soucis matériels.

Un couple «normal» peut se permettre de tolérer des infractions aux normes habituelles et instituer des normes nouvelles dans des *situations nouvelles, heureuses*, comme par exemple la naissance des enfants, ou *malheureuses* lors de la survenue d'un cancer.

Le cancer introduit une rupture dans la flèche du temps, une sidération du temps; il bouscule l'ordre des priorités. En cas de maladie grave, qui interpelle les deux membres du couple, il faut absolument que les deux partenaires gardent une individualité non absorbée par le système et que le couple garde une partie du «NOUS» non envahie par le cancer sauf à des moments ponctuels.

Il est bien clair que le couple rigide avec un haut niveau de conflits (non reconnus) aura le plus de mal à s'adapter à toutes les situations nouvelles qu'entraîne une grave maladie (phase de diagnostic, traitement, rémission, guérison, récurrence, phase terminale). Il ne suffit donc pas d'avoir un conjoint pour être soutenu dans sa maladie, mais d'avoir un couple assez cohésif et assez souple (18). Un couple idéal n'est qu'un fantasme, mais s'il garde ses fantasmes, peut-être sera-t-il davantage sur la voie de ce couple idéal? L'imaginaire est souvent aplati dans les maladies graves et c'est à nous de réanimer les représentations mentales: « *Qu'en pensez-vous ?* » « *comment imaginez-vous votre retour à domicile ?* ».

Nous voyons que si le cancer fait tiers dans le couple, l'évaluation, l'information et le soutien seront plus efficaces si nous intégrons le conjoint au traitement.



La sexualité bien évidemment fait aussi partie du NOUS et ne devrait pas entrer en concurrence avec la maladie.

À PROPOS DE SEXUALITÉ

LA SEXUALITÉ NORMALE, QUID ? :

Par sexualité, on entendra ici plus que la fonction *génitale*. Elle désigne aussi la manière dont les individus se situent par rapport à leur *identité* (image du soi et du corps) et par rapport à la *différence* (l'autre en tant que sexué) et agissant en conséquence dans la *société, famille* et le *couple* (19).

Les troubles sexuels, chez l'homme et chez la femme, sont des modifications psychophysiologiques du déroulement de la réponse sexuelle (troubles du désir, de l'excitation et de l'orgasme). Elles concernent la sexologie et la médecine psychosomatique.

Rappelons ici le déroulement complet de la réponse sexuelle qui est subdivisé en phases :

Cette courbe ne rend compte que d'une normalité toute relative (chaque être humain, chaque couple est unique)

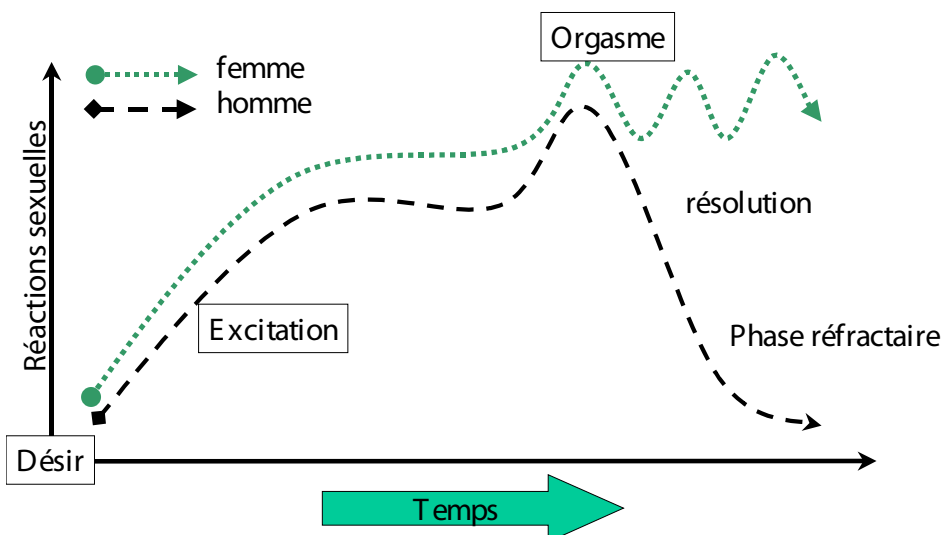
Le clinicien confronté aux critères de normalité devra donc au maximum renvoyer les patients à la notion de « normalité intérieure » ou mieux de liberté intérieure qui leur est propre, dans leur couple et leur contexte de vie.

Risquons-nous, quand même, à une *définition prudente* de la sexualité « normale » en nous appuyant sur trois critères *pour les deux partenaires* :

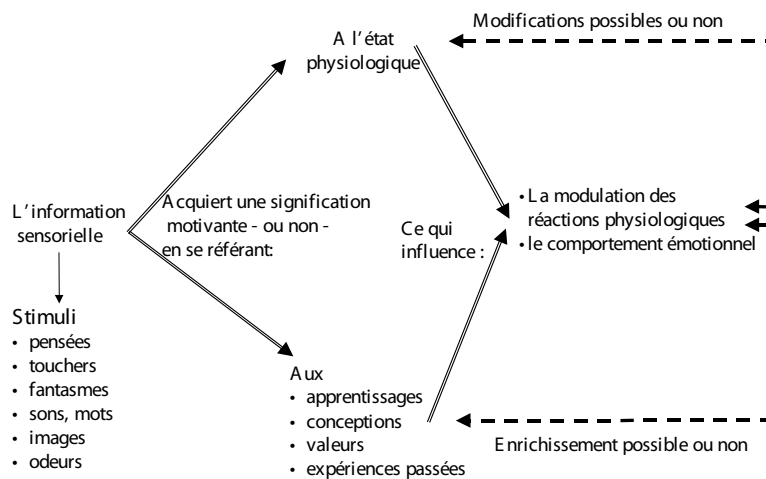
1. une tension vers le bonheur, un *plaisir*,
2. un sentiment de *sécurité*,
3. une augmentation de *l'estime de soi* ou en tout cas une non-nuisance à la *santé*.

Trajectoire des réactions sexuelles au cours de l'activité sexuelle

- ✓ **Désir** = fantasmes et préliminaires
- ✓ **Excitation** .:=: sensations subjectives de plaisir sexuel et modifications physiologiques correspondantes
- ✓ **Orgasme** = acmé du plaisir sexuel et relâchement de la tension sexuelle
- ✓ **Résolution** = sentiment général de relâchement et de bien-être, détente musculaire. C'est dans cet ordre séquentiel (**désir, excitation, orgasme**), que se décrivent les différentes dysfonctions. On devra y ajouter, chez l'homme et la femme, la dyspareunie (relation sexuelle douloureuse) et, chez la femme, le vaginisme (contraction involontaire des muscles lisses du vagin).



Le schéma de la réponse sexuelle



Nous le voyons, ces critères impliquent un certain degré d'exigence quant à la qualité relationnelle entre les deux membres du couple..., et dans le cas d'une maladie, une information correcte venant du monde médical.

En effet, au-delà de la nosographie, les troubles sexuels doivent *impérativement être relus* en fonction d'un modèle bio- relationnel et contextuel

L'analyse de la réponse sexuelle met en évidence des articulations anatomo-physiologiques précises, celles des systèmes *nerveux, endocriniens, vasculaires* et *musculaires*. Simultanément, les apprentissages familiaux et sociaux, les sentiments positifs et négatifs, les valeurs, la relation entre les partenaires (amour..., déception, rancœur, ...) viennent aussi permettre la réponse sexuelle ou l'inhiber. On se trouve ainsi face à un gigantesque système de rétroactions bio, psycho et motivo-sociologiques, (*à bien sûr multiplier par deux quand on considère le couple*).

Nous voyons que même si le cancer a mutilé le corps et que la physiologie est altérée (chirurgie, chimio, rx, anti-hormones,...), les autres dimensions sont toujours présentes comme catalyseurs ou inhibiteurs.

SEXUALITÉ ET MÉDECINE

Ici nous devons regretter un désintérêt relatif du monde médical pour les difficultés sexuelles.

Le désintérêt de la plupart des *médecins* vient sans doute de plusieurs facteurs: l'incompétence

(les cours de sexologie ne sont guère développés), un sentiment d'inutilité ou de recherche de technicisation (la thérapeutique sexologique étant insuffisamment connue) et l'alibi d'un respect de l'intimité et de non-intrusion dans la vie privée des patients. Il s'agit bien d'un alibi car, si nous prenons un peu de recul, combien d'interventions et de thérapeutiques médicales n'entrent-elles pas directement dans la sexualité de nos patients: prescription banalisée de contraception, fécondation *in vitro*, mammectomie, chirurgie de l'utérus, de la prostate, prescription de nombreux médicaments ayant une interférence avec la fonction sexuelle...

Sans être sexologues, *tous les médecins* devraient être en mesure de procéder à une anamnèse sexologique et d'y apporter une écoute bienveillante tout en réalisant une analyse adéquate de la demande. La demande est souvent masquée, confuse, intriquée à des symptômes physiques (fatigue, insomnies, douleurs chroniques, ...), aux conflits conjugaux ou à des plaintes de solitude. C'est souvent à nous d'initier le sujet : puis-je vous poser une question un peu *intime* ? *Est-ce que votre maladie a des répercussions sur votre vie sexuelle ? Avez-vous repris les relations avec Monsieur, (Madame) ? Avez-vous des questions dans ce domaine ?*

CANCER, COUPLE ET SEXUALITÉ

Le diagnostic de cancer précipite le couple dans une crise émotionnelle aiguë, déclenchée par la menace de perdre son proche et la remise en

question des fantasmes d'immortalité du patient et de sa famille. C'est la *cohésion affective du couple* qui est interpellée le plus souvent mais si le couple fonctionne sur un investissement narcissique et érotique privilégiant l'apparence physique, la *sexualité* peut être la première préoccupation « *M'enlever un sein ? Mais mon mari ne va plus me désirer ? !* »

L'expérience du cancer et de ses traitements augmente l'interdépendance entre les membres d'un couple. La réaction la plus fréquente est un rapprochement mais ce rapprochement n'est pas forcément positif s'il est motivé par la peur, l'anxiété et une gamme de sentiments difficilement exprimables, car dès que le danger immédiat sera passé, par exemple une intervention chirurgicale, le soutien réciproque risque de s'atténuer, voire d'être remplacé par une distance qui protège des émotions si elles n'ont pas été exprimées

La période de rémission est une période délicate : un semblant de retour à la vie normale masque les sentiments d'incertitude et les anxiétés, c'est à ce moment-là qu'apparaissent souvent les *difficultés sexuelles* comme stigmates de difficultés de la communication et ce, indépendamment des conséquences physiologiques (traitement mutilant, traitements hormonaux, ...).

Les affects anxieux des conjoints peuvent être déphasés dans le temps. Une étude longitudinale (20) portant sur des conjoints dont l'épouse a été traitée par mastectomie montre que 25% de celles-ci présentent toujours un an après l'opération, un niveau d'anxiété de dépression significatif alors que les époux présentent un pic de détresse émotionnelle immédiatement après la mastectomie.

On voit le nombre de malentendus possibles dans la communication, surtout s'il y avait déjà des *problèmes de couple y compris sexuels, précédant le diagnostic* de cancer.

La plupart des couples arrivent à faire face au diagnostic malgré la souffrance engendrée. Cependant, diverses études témoignent d'une détresse psychologique et d'un dysfonctionnement psychosocial significatif chez un tiers des patients cancéreux adultes et dans un pourcentage plus élevé chez les partenaires.

Une étude (21) menée auprès de 67 conjoints de patientes atteintes d'un cancer du sein met en évidence les besoins d'informations de ces conjoints ainsi que la difficulté pour les soignants d'y répondre.

Notre étude belge du groupe de recherche inter-universitaire en psycho-oncologie corrobore ces résultats (16).

Cette étude multicentrique a étudié les besoins et les difficultés tant physiques que psychologiques de 382 patients cancéreux ainsi que de leurs proches. Cent soixante-deux patients ont désigné leur conjoint comme principal preneur en charge dans le mois qui précède.

- Les patients ont rempli une adaptation française du Cancer rehabilitation evaluation system (CARES) investiguant, à l'aide de 138 items, 38 types de difficultés rencontrées au cours du dernier mois.

Le top 10 des difficultés rencontrées comprend :

- la chimiothérapie (95%)
- des difficultés de mobilité (88%)
- la radiothérapie (84%)
- une détresse psychologique (84%)
- des dysfonctions sexuelles (73%)
- l'anxiété médicale (71%)
- les douleurs (62%)
- une perte de l'intérêt sexuel (51%)
- une difficulté à adhérer au traitement (49%)
- des difficultés dans la communication conjugale (40%)

Les patients mentionnent avoir reçu de l'aide du monde médical pour ces difficultés, *sauf* pour les *difficultés conjugales* (communication et contacts physiques) et pour les *difficultés sexuelles*, (intérêt sexuel et dysfonction sexuelle) !!!

- Quand on analyse les résultats des difficultés des proches étudiées par un questionnaire adapté, que retrouvons-nous dans les 10 principales difficultés ?
- La détresse psychologique (82%)
- des inquiétudes diverses (79%)
- des dysfonctions sexuelles (59%)
- des difficultés dans la vie de loisirs (54%)
- et dans le fonctionnement cognitif (48%)
- des limitations de la mobilité (46%)
- des difficultés dans la communication conjugale (46%)
- dans les relations amoureuses (42%)
- une baisse de l'intérêt sexuel (40%)
- des difficultés de communication avec les proches (38%)

Nous voyons que les difficultés sexuelles et affectives du proche sont au moins équivalentes, si pas supérieures, à celles du patient !

- Ces données se vérifient par les scores d'anxiété et de dépression des patients et de leur conjoint évaluées par l'*Hospital Anxiety and Depression Scale*. Nous voyons que 46% des patients sont indemnes de troubles contre 38% seulement des conjoints. Les troubles de l'adaptation se retrouvent à 30% chez les patients et à 30% chez les conjoints. Par contre, le diagnostic de *trouble dépressif majeur* se retrouve chez 24% des patients et 31% des conjoints !

Derrière la froideur des chiffres, on peut bien imaginer que s'il y a tant de détresse chez le conjoint, celui-ci aura du mal à être un support social adéquat pour le patient.

Comment expliquer ces difficultés relationnelles et sexuelles chez les patients et leur conjoint ?

- 1) La dépression en elle-même constitue une perte de l'élan vital, elle s'accompagne d'une grande détresse et de difficultés sexuelles. Ces données nous montrent combien nous avons intérêt à repérer et traiter la dépression (psychothérapie + antidépresseurs) non seulement chez les patients cancéreux mais également chez leur conjoint.
- 2) Au sein du couple, le « *cancer communicationnel* » le plus fréquent est la *restriction émotionnelle*. Le malade qui a été traité pour une affection cancéreuse reste le plus souvent anxieux en dissimulant ses émotions pour ne pas tracasser la famille. Il va modifier ses attitudes et comportements pour ne pas faire souffrir davantage ou inquiéter son conjoint. De façon simultanée, le conjoint, va également tenter au maximum de cacher ses inquiétudes, et même la nature d'événements extérieurs stressants. Ce double ajustement va créer un *cercle vicieux d'hyperprotection*, le malade voulant épargner son conjoint, le conjoint voulant épargner le malade.

Cette hypermaîtrise et hypercontrôle de ses affects ne permettent évidemment pas une *relation sexuelle heureuse* qui nécessite un minimum d'*abandon de soi et de reconnaissance de ses propres besoins et émotions*.

- 3) Tout cancer, même ceux qui n'atteignent pas directement des organes sexuels, risque de provoquer une *perte d'estime de soi, des troubles de l'image corporelle, un sentiment de perte de son*

pouvoir de séduction. Les femmes souffrent surtout d'une perte de désirs sexuels en relation avec un sentiment de ne plus être attirante. Les hommes, d'une crainte de baisses de performance. Ce sentiment est encore renforcé lorsque l'épou(se) ne leur fait plus d'avances, alors que ce changement de comportement est souvent motivé par la crainte de l'époux de déplaire ou de brusquer son épouse.

Le corps est parfois effectivement très mutilé et dans les couples où l'accordage érotique était très narcissique, il peut y avoir une répulsion de la part du patient comme de son conjoint.

- 4) A ceci s'ajoutent *des croyances irrationnelles* « *faire l'amour va réactiver le cancer* », « *refaire l'amour va la fatiguer*, lui prendre de l'énergie qu'elle/qu'il devrait mettre au service de la guérison », en plus des cognitions si fréquentes dans les difficultés sexuelles « *il ne m'aime plus* », « *je ne l'intéresse plus* », « *je ne suis plus une femme* », « *je ne suis plus un homme* ».

Ainsi, différentes études rapportent que certains époux de femmes mastectomisées pensent que parler de la maladie et de sexualité avec leur épouse peut avoir une influence négative sur l'évolution du cancer ! (22).

Ces distorsions cognitives ne pourront évidemment être « corrigées » que quand le patient en prendra conscience et pourra le verbaliser dans une consultation, de préférence à trois.

- 5) Mais il y a des perturbations plus subtiles dans la dynamique conjugale induites par le cancer. Le conjoint qui a opté pour une attitude de soutien actif (en s'oubliant parfois lui-même) se trouve souvent confronté à *des doubles messages envoyés* par le patient : « *tu dois vraiment me dire ce que tu penses* », « *tu dois me dire toute la vérité* », et en même temps : « *rassure-moi* », « *n'est-ce pas que je vais guérir ?* », « *n'est-ce pas que tout va redevenir comme avant ?* ».

Le conjoint comme le soignant est bien sûr confronté à ces demandes contradictoires et sait qu'il doit y répondre par une attitude réaliste maintenant toujours l'espoir. Mais un conjoint est lui-même pris dans une relation affective dont il est dépendant et l'on comprend qu'il puisse en *devenir confus*. Ce qui n'est point propice à une connivence sexuelle.

- 6) Un autre danger menace la relation de couple. Si le patient a excessivement pris la position de « soignant », ou *position parentale* au point de vue affectif comme au point de vue corporel, il lui sera très difficile en période de rémission, de reprendre la *position d'un partenaire sexué*. La chute ou la disparition du désir est ainsi fréquemment associée aux changements de rôle au sein du couple (23).

Le cancer ne doit pas fermer les portes du corps, de l'accordage érotique. Pourquoi ne plus privilégier les contacts affectifs sensuels et abandonner les stimulations agréables qui consolent un corps meurtri ?

Il est donc vivement conseillé de reprendre une vie sexuelle dès que possible.

Nous avons des *petits outils sexologiques* (ovules ou de gels vaginaux, médicaments, comme les inhibiteurs de la phosphodiesterase 5, prescription de gymnastique du périnée et de massages réciproques, ...), mais nous verrons que, souvent, c'est faire parler les protagonistes qui lèvera les inhibitions venant de la conspiration du silence et du cancer relationnel

LE MÉDECIN ET LES MALENTENDUS COMMUNICATIONNELS

La rencontre du système familial avec le système médical est un problème qui peut compliquer la situation du patient.

Certaines familles sont trop proches de l'équipe médicale alors que d'autres sont méfiantes, critiquent les investigations et les règles de l'institution hospitalière, entraînant une grande solitude chez le patient, tout comme peut le faire une coalition entre un membre de la famille et le médecin.

Les secrets peuvent être de différents ordres. Le patient peut cacher des informations à son médecin. Plus complexe encore est la situation où le conjoint, parfois en association avec le médecin, cache des éléments de la situation au patient (le diagnostic d'un cancer...).

Il arrive également que le patient cache des choses à son conjoint, en particulier, par exemple, des éléments concernant son état de santé et même le fait de consulter.

Il arrive, n'oublions pas ce fait, que le médecin cache différents éléments et au patient, et à sa famille.

Rappelons que le *téléphone* peut être un intrus qui disqualifie souvent le patient, sans que cela ne soit vraiment voulu: «*Vous savez, docteur, il a oublié de vous dire que..., etc.*».

Tous les lieux où l'on peut rencontrer le conjoint peuvent être dangereux. Cela concerne la rue, la chorale, la réunion des parents... et pour le médecin hospitalier, le couloir de l'hôpital : le proche se précipite pour demander: «*alors docteur, est-ce que c'est grave ?* » «*Il va s'en sortir ?* » «*Il en a encore pour combien de temps ?* ».

Ainsi se mettent en place secrets et pseudo-secrets quand, à l'insu du malade, le médecin reçoit des confidences ou à l'inverse que le proche enregistre des informations qu'il doit garder pour lui quant au pronostic du patient par exemple. Cela donne lieu, beaucoup plus souvent qu'on ne le croit, à d'épouvantables malentendus communicationnels dans la triade «malade/conjoint/médecin», à des stress passifs mauvais pour la santé.

Il nous paraît plus sain et plus respectueux du secret professionnel de *mettre les protagonistes en présence* quand c'est possible.

LE MÉDECIN ET LA CONSULTATION AVEC LE COUPLE

L'apparition d'un cancer peut rapprocher les conjoints mais peut révéler des conflits latents et donner lieu à des ruptures totales ou du moins, à des ruptures de communication et ce, d'autant plus que l'équilibre relationnel antérieur était précaire.

Précisons que 10 à 20% des couples présentent des relations conjugales tendues. Nous ne rétablirons pas une relation constructive dans le couple de tous nos patients, mais efforçons-nous au moins de ne pas rajouter des secrets et de ne pas être complices des blocages émotionnels. Soyons attentifs à faire co-évoluer le conjoint en sachant qu'il peut lui-même être en état de détresse

Le cancer n'est pas un problème individuel, il affecte le couple. Le soutien apporté au conjoint est considéré comme une source d'aide importante pour le patient atteint d'une maladie chronique.

Le médecin travaillant en oncologie se voit dès lors contraint d'élargir la communication établie avec le patient pour y inclure ce preneur en charge particulier.

La prise en charge d'un couple demande que soient utilisées les stratégies de communication efficaces avec le patient et de les adapter à la dynamique particulière du couple (24).

Pour rappel, dans toute rencontre avec un patient, le patient doit idéalement conjuguer trois types de stratégies de communication complémentaires : l'évaluation, l'information et le soutien (25).

On sait que le monde médical a de nombreux contacts avec la famille et le conjoint des patients mais ces contacts ne sont pas structurés ni au point de vue déontologique ni au point de vue stratégies de communication. Le plus souvent, c'est sans programmation que le médecin se retrouve en consultation avec son patient et un proche. Il ressort que la présence d'un proche en consultation est plus fréquente lorsque la situation médicale est difficile et lorsque le patient est particulièrement vulnérable (26). Ainsi, les consultations triangulaires seraient plus fréquentes, lors des consultations oncologiques, juste après une rechute ou lors de la phase terminale que lors des visites plus routinières ; c'est-à-dire des situations déjà stressantes pour le médecin (27).

Ce proche peut être un véritable allié thérapeutique du patient en facilitant son expression générale et émotionnelle, en favorisant la transmission de l'information, en faisant croître son sentiment d'être soutenu, en facilitant la prise de décisions et en maximisant la rétention des informations médicales. Néanmoins, ce proche peut également constituer une entrave à la relation thérapeutique et avoir un impact particulièrement négatif sur ces différents éléments. Il est donc très important que le médecin dans une consultation triangulaire puisse échapper à deux types de danger dans la communication, soit *exclure le proche* du dialogue qu'il mène avec son patient, soit se tourner excessivement et exagérément vers l'accompagnant *en négligeant le patient*.

Pour échapper à ces deux écueils, nous proposons **quelques techniques de communication applicables à l'entretien médical en situation triangulaire** (28).

Quand nous rencontrons un patient en couple, nous devons toujours garder nos deux objectifs : accroître les chances de s'adapter à la maladie du patient de manière efficace d'une part, et d'en

faire un véritable allié de la prise en charge thérapeutique du patient d'autre part. Le proche est ainsi un interlocuteur tout particulier, c'est à la fois quelqu'un qui a besoin de notre attention et de *nos soins* mais c'est également un *co-thérapeute*.

Les techniques de communication reposent sur

- la négociation du cadre,
- l'attention à la circularité de la communication,
- l'usage de renforcements positifs sous forme de connotation positive.

- a) Poser un cadre et négocier l'intégration du proche

En respect du secret professionnel et surtout pour préserver une position d'acteur actif au patient, nous ne commencerons pas un entretien avec un couple sans *métacommuniquer* sur la présence des trois protagonistes et demander l'accord du patient : « voilà, nous nous voyons aujourd'hui pour analyser les résultats des examens (ou pour discuter du suivi de la maladie), êtes-vous d'accord ? (ou souhaitez-vous) que votre conjoint participe à cette consultation ? ». Et ensuite, nous actons « puisque nous sommes tous les trois réunis aujourd'hui pour aborder la situation, ... », avec si possible une connotation positive « c'est vraiment bien que nous puissions en discuter à trois ».

- b) Evaluer, informer et soutenir en circularité

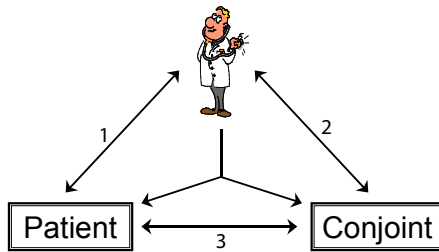
Nous commencerons l'entretien par des questions ouvertes *alternativement* au patient et à son conjoint : « comment allez-vous ?, comment le prenez-vous ?, qu'est-ce qui est le plus dur dans votre maladie (dans la maladie de votre conjoint) ?, qui ou qu'est-ce qui pourrait vous aider ?, comment allez-vous ?, comment vous sentez-vous ? », expliquez-moi, que ressentez-vous exactement ?... que comprenez-vous de la situation ?...

Au cours d'une consultation triangulaire, madame X qui se sentait particulièrement dévalorisée et inutile depuis sa maladie apprend que son époux est déprimé et qu'il souhaite qu'elle lui apporte son aide et plus d'affection. Cette demande la valorise et lui redonne le goût de vivre.

A cette évaluation double (adressée au patient et au conjoint), nous ajoutons une gestion circulaire de la communication, c'est-à-dire une attention à l'interaction conjugale au NOUS du couple, à savoir chaque fois qu'un des deux protagonistes exprime une émotion, un avis, nous

nous tournons vers l'autre en lui demandant : « Etiez-vous au courant ?, le saviez-vous ?, qu'en pensez-vous ?, ... ».

La circularité de la communication



Cette attention aux trois interactions, 1/ *interaction patient-médecin*, 2/ *conjoint-médecin* et surtout 3/ *patient-conjoint*, peut paraître complexe au début mais en réalité, elle ne multiplie absolument pas notre travail par trois puisque nous renvoyons à l'interaction conjugale une partie des informations et la gestion de l'expression des difficultés et des émotions, et surtout, nous amorçons un dialogue entre les partenaires qui se poursuivra bien au-delà de la consultation.

Exemple après l'annonce d'une mauvaise nouvelle :

Méd. : « Madame, que ressentez-vous exactement suite à ce que je viens de vous dire ? »

Méd. et patiente clarifient les choses pour mettre à jour par exemple un sentiment de désespoir

Méd. reconnaît avec empathie ce sentiment de désespoir de la patiente et se tourne vers le conjoint : « Monsieur, que pensez-vous de ce sentiment de désespoir vécu par votre épouse ? »

C'est dans ce contexte aussi que très naturellement sera abordée la question de la sexualité et que nous pourrons lever les fausses croyances et les malentendus entre conjoints par rapport à ce domaine délicat de la vie conjugale.

Madame Y qui a subi une mastectomie est persuadée qu'elle dégoûte son mari, il a d'ailleurs changé de côté dans le lit ! elle est toute surprise de l'entendre dire au médecin que sa femme ne l'aime plus et ne lui a même pas montré sa cicatrice, il voudrait tant l'aider et la prendre dans ses bras.

c) Connoter positivement

Nous n'oublions pas au cours de cet entretien de montrer de l'empathie et des connotations

positives : « c'est vraiment positif que vous puissiez parler de ce problème l'un avec l'autre ».

CONCLUSION

En étudiant les répercussions psychosociales et sexuelles consécutives à la maladie et à ses traitements, nous avons pu comprendre à quel point le cancer atteint entièrement la personne malade mais également son entourage proche, en particulier son conjoint. L'épreuve personnelle et existentielle engendrée, la possibilité de mort ou même d'une mutilation essentielle deviennent brusquement réalité.

L'ensemble des exigences des difficultés et changements auxquels est confrontée la personne malade nécessitent son adaptation. Nous avons vu combien le support social et affectif apporté par le conjoint peut être un moteur dans l'adaptation, la réhabilitation et la qualité de vie de la personne malade. Ce support est à la fois émotionnel, informatif et instrumental. Les patients ont besoin d'être entourés et considérés mais pas d'être plaints et surprotégés.

La dynamique conjugale la plus adéquate est celle qui développe une communication dans laquelle on peut exprimer ses plaisirs et ses joies, mais aussi une ambiance dans laquelle on a le droit de s'exprimer librement, même si l'expression doit être une expression de souffrance physique affective ou mentale.

Nous avons vu combien la communication est difficile dans un contexte de maladie, d'autant plus que le partenaire est souvent dans une détresse émotionnelle égale ou supérieure à celle du patient. Dans cette épreuve, les couples ont souvent besoin que le soignant puisse faire tiers et susciter la communication entre eux pour relancer la dynamique de l'aventure conjugale. La reprise d'une vie sexuelle ou en tout cas de contacts physiques, affectifs et chaleureux en sera le baromètre.

La tâche n'est pas facile pour le soignant qui se retrouve confronté à deux thèmes tabous : la mort et la sexualité. La rencontre avec un couple confronté au cancer nécessite un minimum de réflexions personnelles sur soi-même et des compétences en stratégies de communication.

Le développement d'équipe pluridisciplinaire et la création de modules de formation à la communication pour les médecins deviennent d'actualité en psycho-oncologie. Ces innovations

devraient permettre de développer nos compétences pour inclure le partenaire dans nos consultations ou du moins d'en tenir compte dans le traitement que nous proposons à nos patients.

Le but principal est d'aider le conjoint à s'adapter à la maladie du patient de manière efficace d'une part, et d'en faire un véritable allié de la prise en charge thérapeutique de ce dernier d'autre part.



RÉFÉRENCES

- 1 Reynaert Ch, Libert Y, Janne P : « Psychogénèse » du cancer : entre mythe, abus et réalité. *Bull Cancer*. 2000 ; **87** (9) : 655-664.
- 2 Moorey S, Greer S: Psychological therapy for patients with cancer : a new approach. American Psychiatry Press, 1989, 233 pp.
- 3 Simonton C, Simonton SM, Creighton J: Guérir envers et contre tout. Le guide quotidien du malade et de ses proches pour surmonter le cancer. Desclée de Brouwer, Paris, 1982, 368 pp.
- 4 Delvaux N, Merckaert I, Marchal S, Libert Y, Conradt S, Boniver J et al. : Physicians' Communication with a Cancer Patient and a Relative : a randomized study assessing the efficacy of consolidation workshops. *American Cancer Society* – in Wiley InterScience, 2005 ; **juin 1, 103** : 2397-2411.
- 5 Reynaert Ch, Janne P, Zdanowicz N, Naviaux A-F : Place de l'entourage dans la relation médecin-patient. *Louvain Med*. 1998 ; **117** : S211-S223.
- 6 Pennebaker JW & O'Heeron RC : Confiding in others and illness rates among spouses of suicide and accidental death victims. *J Abnom Psychol*. 1984 ; **93** : 473-476.
- 7 Leitzmann MF, Platz EA, Stampfer MJ, Willet WC, Giovannucci E : Ejaculation frequency and subsequent risk of prostate cancer. *JAMA*. 2004 ; **291** (13) : 1578-1586.
- 8 Gust DA, Gordon TP, Brodie AR, McClure HM : Effect of a preferred companion in modulating stress in adult female rhesus monkeys. *Physiology and Behavior*. 1994 ; **55** : 681-684.
- 9 Glaser R, Rice J, Sheridan J, Fertel R, Stout J, Speicher C et al. : Stress-related immune suppression : health implications. *Brain Behavior and Immunity*. 1987 ; **1** : 7-20.
- 10 Glaser R, Kiecolt-Glaser J, Stout J, Tarr KL, Speicher CR : Stress-related impairments in cellular immunity. *Psychiatry Res*. 1985 ; **16** : 233-239.
- 11 Herbert TB, Cohen S: Stress and immunity in humans : a meta-analytic review. *Psychosom Med*. 1993 ; **55** : 364-379.
- 12 Levy SM, Herberman R, Whiteside T, Sanzo K, Lee J, Kirkwood J: Perceived social support and tumor estrogen/progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. *Psychosom Med*. 1990 ; **52** : 73-85.
- 13 Hyman MD : Social psychological determinants of patient's performance in strike rehabilitation. *Arch Physical Med Rehab*. 1972 ; **53** : 217-226.
- 14 Taylor CB et al. : Exercise Testing to Enhance Wives' Confidence in Their Husbands' Cardiac Capability Soon After Clinically Uncomplicated Acute Myocardial Infarction. *Am J Cardiol*. 1985 ; **55** : 635-638.
- 15 Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Mulder M, Sanderman R, van den Bos GAM : Patterns of caregiver experiences among partners of cancer patients. *Gerontologist*. 2000 ; **40** : 738-746.
- 16 Libert Y, Merckaert I, Etienne A-M, Farvacques C, Liénard A, Messin S : Les besoins psychosociaux et le soutien apporté aux patients atteints d'un cancer : une étude nationale belge. *Oncologie*. 2006 ; **8** : 465-476.
- 17 Reynaert Ch : «Météo couple» 1994: année de la famille. *Louvain Med*. 1994 ; **45** : 15-19.
- 18 Olson DH, Portner J, Lavee Y : FACES III. In: *Olson DH, McCubbin HI, Barnes H, Larsen A, Muxen M, Wilson M. : Family Inventories*, 1-42, Family Social Science, University of Minnesota, St Paul, Minnesota, 1985.
- 19 Cours évaluation clinique des troubles sexuels et relationnels dans le couple. UCL Reynaert Ch., notes de cours 2005.
- 20 Wellisch DK, Gritz ER, Schain W, Wang H, Siau J : Family relationships of the mastectomy patient : interactions with the spouse and children. *Israel Journal of Medical Sciences*. 1981 ; **17** : 993-996.
- 21 Zahlis EH, Shands ME: Breast cancer : demands of the illness on the patient's partner. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1991 ; **9** (1) : 75-93.
- 22 Northouse LL : Family issues in cancer care. *Advances in Psychosomatic Medicine*. 1988 ; **18** : 82-101.
- 23 Delvaux N. *L'expérience du cancer pour les familles : Famille et corps souffrant*, De Boeck Université Bruxelles, 2006, 81-101.
- 24 Reynaert Ch, Libert Y, Zdanowicz N : « Je t'écoute... moi non plus ». A propos de la communication médecin-patient. *Louvain Med*. 2004 ; **123** (9) : 290-300.
- 25 Razavi D, Delvaux N : *La prise en charge médico-psychologique du patient cancéreux*. Médecine et Psychothérapie, Masson, Paris, 1998, 255 pp.
- 26 Labrecque MS, Blanchard CG, Ryckdeschel JC, Blanchard EB : The impact of family presence on the physician-cancer patient interaction. *Social Science and Medicine*. 1991 ; **33** (11) : 1253-1261.
- 27 Reynaert Ch, Libert Y, Janne P, Zdanowicz N : Comment allez-vous, Docteur ? Le burn-out du médecin. *Louvain Med*. 2001 ; **120** (9) : 296-310.
- 28 Teaching communication and stress management skills to junior physicians dealing with cancer patients : a Belgian Interuniversity Curriculum. *Supportive Care in Cancer*. 2006 ; **14** (5) : 454-461.