

# Canadian Oncology Nursing Journal

## Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

---

Volume 32, Issue 3 • Summer 2022  
eISSN: 2368-8076



Canadian Association of Nurses in Oncology  
Association canadienne des infirmières en oncologie

# Stratégie d'adaptation et typologie du soutien social perçu chez les partenaires masculins de femmes atteintes d'un cancer du sein

par Terry Cheng, Maureen Jackman, Maureen McQuestion, Margaret I. Fitch

## RÉSUMÉ

*Le présent article porte sur l'une des composantes d'une étude qualitative exploratoire : l'autosuffisance comme stratégie d'adaptation chez les partenaires masculins de femmes atteintes du cancer du sein et du soutien social perçu pour faire face à la maladie. Les données proviennent d'une étude plus vaste conçue pour étudier les besoins perçus des partenaires masculins et les services qu'ils privilégiaient pour répondre à ces besoins après l'annonce du diagnostic de cancer du sein de leur conjointe. Les 27 hommes participants à l'étude étaient considérablement affectés par le cancer du sein de leur épouse. Pour affronter la situation, ils ont utilisé l'autosuffisance comme stratégie d'adaptation; ils ont fait appel à leurs propres ressources (autosuffisance) tout en s'appuyant sur le soutien social informel existant afin de recevoir de l'aide pour eux-mêmes, leur épouse et leur famille, et de gérer les facteurs de stress de la vie quotidienne liés à la maladie, aux personnes elles-mêmes, au couple et à la famille. Il faut se pencher sur les besoins en matière d'auto-assistance et de soutien social des conjoints afin de mieux y répondre et d'ainsi faciliter l'adaptation à la situation. À titre de soutien principal, les partenaires se trouvent dans la position singulière de devoir apporter du soutien alors qu'ils en ont eux-mêmes besoin.*

## PRÉSENTATION ET CONTEXTE

La littérature compte nombre d'études sur la grande détresse psychosociale des partenaires masculins de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein (Bamgboje-Ayodele, Levesque, Gergesa et Girgis, 2021; Bigatti, Wagner et al., 2011; Dumitra et al., 2018; Goerling, Bergelt, Müller et Mehnert-Theuerkauf, 2020; Hodgkinson et al., 2007; Lewis, Cochrane

et Fletcher, 2008; Lim, 2019; Lopez, Copp et Molassiotis, 2012). Les symptômes de détresse les plus fréquents comprennent l'anxiété existentielle, la dépression, le sentiment d'impuissance et la crainte de devoir faire face à la maladie et à ses conséquences (Cohee et al., 2018; Levy, 2011; Montford et al., 2016). Dans une étude portant sur la dépression chez les époux de patientes atteintes d'un cancer du sein, Bigatti, Wagner et collaborateurs (2011) ont observé que 30 % des hommes souffraient de dépression et qu'un faible soutien social semblait associé à des stratégies d'adaptation inefficaces face à la maladie ainsi qu'à la dépression. Le rôle des hommes qui deviennent les principaux soutiens de leurs épouses peut être un fardeau lourd à porter (Cohee et al., 2018; Montford et al., 2016; Wagner, Tanmoy, Bigatti et Storniolo, 2011) et les conjoints peuvent donc avoir eux aussi besoin d'aide (Hodgkinson et al., 2007). Pourtant, en général, les hommes sont davantage réticents à demander de l'aide ou à chercher du soutien professionnel (Bigatti, Wagner et al., 2011; Yeung, Zhang, Ji, Lu et Lu, 2018).

Les études ont mis au jour des facteurs sociaux susceptibles d'influencer la manière dont les hommes recherchent du soutien social (McKenzie, Collings, Jenkin et River, 2018; Yousaf, Grunfeld et Hunter, 2015). Plus particulièrement, les normes du rôle social lié au sexe expliquent les différences de comportement des hommes quand vient le temps de demander de l'aide (Parent, Hammer, Bradstreet, Schwartz et Jobe, 2018; Wendt et Kevin, 2016). Traditionnellement, les hommes doivent assumer le rôle du mari, celui qui offre soutien et protection, ne montre pas ses peurs, considère le fait de demander de l'aide comme un signe de dépendance, est autosuffisant et fait comme si tout allait bien quels que soient ses sentiments (Hasson-Ohayon, Goldzweig, Braun et Galinsky, 2010; Lopez et al., 2012). Les hommes ont moins tendance à confier leurs inquiétudes aux autres (Fife, Kennedy et Robinson, 1994), recherchent généralement du soutien auprès d'une seule personne, le plus souvent leur femme, ou s'appuient sur de l'aide informelle (ex. famille et amis) (Cheng, Jackman, McQuestion et Fitch, 2014; Fitch et Allard, 2007a; Mensah et al., 2021; Montford et al., 2016). Ils considèrent rarement les professionnels de la santé comme des ressources de soutien (Northouse, 1989) et reçoivent effectivement peu de soutien de leur part en raison de leur contact limité avec eux à l'hôpital (Northouse, 1988). L'appartenance culturelle peut également jouer sur la réticence des hommes à demander du soutien social (Catania, Sammut Scerri et Catania, 2019; Gutierrez, Barden, Gonzalez, Ali et Cruz-Ortega, 2016; Mensah et al., 2021; Yeung et al., 2018). Par exemple, des études portant sur la culture collectiviste chinoise indiquent que les valeurs

## AUTEURES

Terry Cheng, Service de soins de soutien, Centre de cancérologie Princess Margaret, Réseau universitaire de santé, Toronto (Ontario)

Maureen Jackman, Service de soins de soutien, Centre de cancérologie Princess Margaret, Réseau universitaire de santé, Toronto (Ontario)

Maureen McQuestion<sup>2</sup>, Soins infirmiers en oncologie, Programme de médecine des rayonnements, Centre de cancérologie Princess Margaret, Réseau universitaire de santé, Toronto (Ontario)

Margaret I. Fitch, Faculté de soins infirmiers Bloomberg, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

**Auteure-ressource** : Terry Cheng, Service de soins de soutien, Centre de cancérologie Princess Margaret, Réseau universitaire de santé, 620 University Avenue, Toronto (Ontario) M5G 2C1 Canada  
Courriel : [terry.cheng@uhn.ca](mailto:terry.cheng@uhn.ca)

DOI:10.5737/23688076323426

comme l'autosuffisance, l'auto-efficacité, le refoulement des émotions et la préservation de l'honneur n'incitent pas les hommes chinois à chercher un soutien social extérieur (Gao, Liu, Zhou, Su et Wang, 2019; Yeung et al., 2019; Yeung et al., 2018). L'âge est un autre facteur social qui influence la propension à demander de l'aide chez les hommes. Une étude menée par Cohee et collaborateurs (2018) a montré que, globalement, les partenaires plus âgés de survivantes au cancer du sein rapportaient une meilleure qualité de vie que les conjoints plus jeunes. Chez les partenaires plus âgés, l'un des facteurs prédictifs était un meilleur soutien social, en particulier de la part de leur épouse ayant survécu au cancer du sein (Cohee et al., 2018). D'autres études portant sur le vieillissement indiquent que les hommes plus âgés semblent avoir une attitude plus positive que les plus jeunes à l'égard de la demande d'aide parce qu'ils finissent par abandonner les rôles traditionnellement masculins (Cohee et al., 2018; Mackenzie, Gekoski et Knox, 2006; Parent et al., 2018).

S'ils demandent ou acceptent de l'aide, les partenaires masculins trouvent alors plus facilement du soutien social, ce qui leur permet de mieux faire face au diagnostic de cancer du sein de leur épouse. Le soutien social est toujours associé à une adaptation positive et à une amélioration du bien-être psychosocial (Hirschman et Bourjolly, 2005; Hogan, Linden et Najarian, 2002; Snyder et Pearse, 2010). On sait qu'il produit un effet tampon et un effet médiateur (Hasson-Ohayon et al., 2010; Pitceathly et Maguire, 2003; Senneseth, Hauken, Matthiesen, Gjestad et Laberg, 2017; Young et Snowden, 2017). On définit généralement le soutien social comme un échange interpersonnel entre prestataires et bénéficiaires dont le but est d'améliorer le bien-être du bénéficiaire (Hogan et al., 2002). Il en existe quatre types : le soutien émotionnel et psychologique (c.-à-d. compassion, empathie et acceptation); le soutien matériel et pratique (ex. cuisine, ménage, accompagnement aux rendez-vous); le soutien informationnel (ex. transmission de connaissances) (Hirschman et Bourjolly, 2005; Hogan et al., 2002) et le soutien par l'expérience (ex. une personne qui a traversé une maladie semblable et peut transmettre des renseignements et des connaissances de première main, voire de l'espoir) (Snyder et Pearse, 2010). Le soutien social peut être sollicité de manière informelle auprès de membres de la famille, d'amis, de collègues, de voisins, d'autres patients, sur Internet ou les réseaux sociaux (Gao et al., 2019; Mensah et al., 2021; Young et Snowden, 2017), et également auprès de groupes confessionnels et religieux (Gürsoy, Koçan et Aktug, 2017; Younes Barain, Rahnama, Naderifar, Badakhsh et Noorisanchooli, 2018) et même d'animaux domestiques (Balfe, Keohane, O'Brien et Sharp, 2017); il est aussi possible d'obtenir des services psychosociaux professionnels (Gao et al., 2019; Young et Snowden, 2017). Le soutien informel, surtout, est associé à une adaptation positive (Pitceathly et Maguire, 2003).

Le soutien social facilite l'adaptation (Bigatti, Wagner et al., 2011). L'adaptation englobe les pensées et les comportements qui permettent de gérer les demandes internes et externes engendrées par des événements stressants (Folkman, 2010). Il s'agit d'un processus enclenché en réponse à un stress : la situation est considérée comme importante pour l'individu,

mais ses exigences dépassent ses propres ressources adaptatives (Folkman, 2010; Monat et Lazarus, 1991). Ces ressources adaptatives, prises dans leur ensemble, forment les mécanismes d'adaptation d'une personne et comprennent les ressources internes (pensées, sentiments et comportements) ainsi que les ressources physiques et le soutien social et pratique dont elle bénéficie.

Lorsqu'il y a perception d'une menace mettant la vie en danger, l'effet des stratégies d'adaptation personnelles sur la préservation de la vie est pondéré par les « facteurs aléatoires » (p. 60) associés à la survie (Kahana, Kahana, Harel et Rosner, 1988). Ainsi, le stress est un élément normal de l'expérience du cancer pour les patientes et leur famille en raison de la nature potentiellement mortelle de la maladie, de l'incertitude qui y est associée, de l'expérience intrinsèque de perte, de la prise de décision concernant les traitements, des exigences des traitements, de la perte de contrôle sur le corps, des perturbations de la vie quotidienne, des changements de rôle au sein de la famille et des difficultés à donner un sens à la maladie.

Lazarus et Folkman (1984) ont décrit deux importants mécanismes d'adaptation aux événements désagréables : l'adaptation axée sur les émotions et l'adaptation axée sur les problèmes. L'adaptation axée sur les émotions tente de réguler les demandes internes qui résultent de la situation stressante à l'aide de stratégies telles que la maîtrise de soi, le recours à du soutien émotionnel supplémentaire, l'évitement et l'éloignement. En raison de la « possibilité limitée de contrôle » (p. 199) (Bigatti, Brown, Steiner et Miller, 2011a) inhérente à l'expérience du cancer, l'adaptation axée sur les émotions vise à atténuer les conséquences émotionnelles des facteurs de stress (Monat et Lazarus, 1991). L'adaptation axée sur les problèmes consiste à gérer les demandes externes de la situation stressante pour transformer, améliorer ou modifier cette situation (Monat et Lazarus, 1991). Les stratégies comprennent la recherche d'informations et la prise de décision. Ces deux mécanismes d'adaptation s'activent en fonction du style particulier d'adaptation du conjoint.

## OBJECTIF

Le présent article porte sur l'une des composantes d'une étude qualitative exploratoire, c'est-à-dire l'autosuffisance comme stratégie d'adaptation chez les partenaires masculins de femmes atteintes du cancer du sein et du soutien social perçu pour faire face à la maladie. Les données proviennent d'une étude plus vaste conçue pour étudier les besoins perçus des partenaires masculins et les services qu'ils privilégiaient pour répondre à ces besoins après l'annonce du diagnostic de cancer du sein de leur conjointe.

## MÉTHODOLOGIE

### Échantillon

L'étude faisait appel à un échantillon de commodité composé de 27 conjoints de femmes atteintes d'un cancer du sein, recrutés par l'intermédiaire de leur épouse lorsqu'elles assistaient à la séance d'information préalable à la chirurgie mammaire dans un grand centre de cancérologie urbain du Canada. Aucun conjoint n'a été recruté si l'épouse refusait

qu'on communique avec lui. Pour être retenus, les conjoints devaient répondre aux critères suivants : 1) hommes âgés de 18 ans ou plus; 2) en couple avec une femme chez qui on a diagnostiqué un cancer du sein dans les 6 derniers mois et qui est traitée en ambulatoire; 3) capables de comprendre et de parler l'anglais ; 4) capables de fournir un consentement éclairé oral et écrit. Des participants ont été exclus en raison a) de troubles auditifs ou b) de troubles cognitifs les empêchant de comprendre l'étude en tout ou en partie.

### Déroulement des entretiens

Un guide a été élaboré pour orienter les entretiens téléphoniques semi-structurés avec les partenaires masculins afin d'obtenir de l'information sur leurs expériences. Les questions (tableau 1) posées visaient à comprendre la perception des hommes à propos : 1) du diagnostic et des traitements de leur épouse; 2) des conséquences du cancer sur eux-mêmes; 3) des répercussions de la maladie sur la relation conjugale, la vie de famille, les enfants et le travail; 4) de leurs mécanismes d'adaptation; 5) de leurs ressources de soutien; 6) des types d'aide qui leur seraient utiles; 7) de la ou des leçons à tirer de l'expérience du cancer. Les données démographiques recueillies concernaient l'âge, l'état civil et la durée de la relation, le niveau de scolarité, le statut professionnel et le pays d'origine.

Le guide d'entrevue a été mis à l'essai auprès de quatre conjoints pour connaître leur avis sur le processus d'entretien, les questions et le moment de l'entrevue. Pendant cette mise

à l'essai, on a interrogé deux conjoints de femmes ayant subi une opération trois mois plus tôt et deux conjoints de femmes opérées six mois plus tôt afin de déterminer le moment optimal pour mener les futurs entretiens. Des changements minimes ont été apportés au guide et on a conclu que le meilleur moment pour procéder aux entretiens était six mois après l'intervention chirurgicale. Cet intervalle permettait aux hommes de se remettre des émotions du diagnostic et du début du traitement, et de mieux réfléchir à leur expérience à eux. L'assistant de recherche (AR) a mené les entretiens téléphoniques avec les conjoints seuls. Ces entretiens duraient entre 1 heure 30 et 2 heures. L'AR a été formé par MF, spécialiste de la recherche qualitative; TC et MJ ont exécuté le codage et l'analyse des données.

### Analyse des données

Les entretiens ont été recueillis sous la forme d'enregistrements audio et transcrits textuellement. Les transcriptions ont été comparées aux enregistrements audio pour en assurer l'exactitude, puis codées indépendamment par deux membres de l'équipe (TC, MJ). L'exactitude du codage a été confirmée par ces deux membres de l'équipe de recherche à la suite de discussions, puis approuvée par consensus par le groupe de recherche. Une analyse inductive (Patton, 1990) a été utilisée pour faire ressortir les tendances, les thèmes et les catégories. Les données codées ont d'abord été groupées par thèmes, puis les thèmes similaires ont été jumelés. Chaque catégorie a ensuite été organisée d'après ses typologies principales. Le processus d'analyse intégrait la lecture multiniveaux, la comparaison constante, la réflexivité, l'identification des cas négatifs et la comparaison des tendances et des points communs. L'intégrité et la rigueur des données ont été préservées en utilisant les mots exacts des conjoints et en tenant un journal d'audit de sécurité et des notes.

Le présent article s'intéresse principalement à l'un des aspects des données, qui se décline sous deux thèmes : les mécanismes d'adaptation adoptés par les hommes et les types de soutien social auxquels ils ont eu accès. Les autres thèmes (ex. la notion de « we-ness » [le couple considéré comme une entité à part entière]) seront traités dans une autre publication.

## RÉSULTATS

### Données démographiques

Au total, 179 femmes atteintes de cancer du sein qui assistaient à une séance d'information préalable à une chirurgie mammaire ont été approchées pour participer à l'étude (figure 1). Trente-trois (33) ne répondaient pas aux critères. Quatre-vingt-quatorze (94) ont refusé qu'on communique avec leur conjoint pour différentes raisons, notamment : l'absence d'intérêt pour l'étude, une inquiétude trop grande pour prendre part à l'étude, un mari présentant des difficultés au niveau du langage ou travaillant à l'étranger; d'autres n'ont donné aucune raison. Les 52 femmes restantes ont accepté que l'on contacte leur conjoint. Sur les 52 hommes contactés, 9 ne répondaient pas aux critères de l'étude (ex. ils ne parlaient pas anglais) et 7 ont refusé de participer. Trente-six (36) conjoints ont accepté. Plus tard, 3 des hommes ayant donné

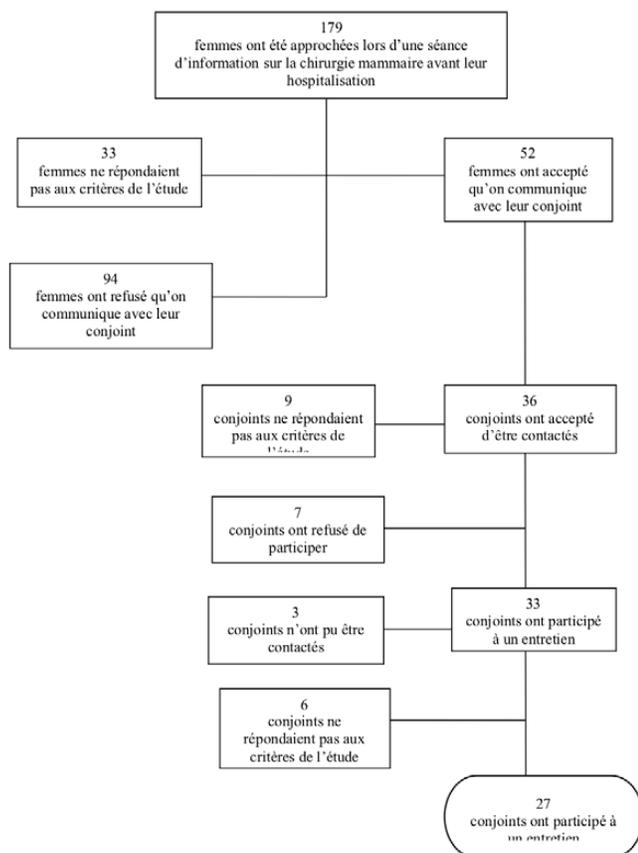
**Tableau 1**

*Questions de l'entretien semi-structuré*

Questions	Sujets
1. Pouvez-vous me dire ce qui s'est passé au moment du diagnostic et du traitement de votre épouse?	Le diagnostic et les traitements de l'épouse
2. Qu'avez-vous ressenti lorsqu'on a diagnostiqué un cancer du sein à votre épouse?	Les répercussions de l'annonce du cancer sur le couple
3. Comment décririez-vous votre relation avec votre femme depuis son diagnostic?	Les conséquences du cancer sur la relation conjugale
4. Comment vous êtes-vous adapté aux changements que vous avez vécus au moment du diagnostic de votre épouse ou comment avez-vous géré ces changements?	Les styles d'adaptation des conjoints face au cancer de leur épouse
5. Où êtes-vous allé chercher de l'aide ou du soutien??	Les types de soutien vers lesquels les partenaires se sont tournés
6. Qu'est-ce qui serait utile pour vous ou pour les hommes dans votre situation?	Les types de soutien qui leur seraient utiles
7. Qu'est-ce qui est important dans votre vie actuellement?	La ou les leçons apprises

**Figure 1**

Processus de recrutement



leur accord n'ont pas pu être joints pour convenir d'un entretien; ainsi, seulement 33 hommes ont été passés en entrevue. Cependant, au cours de l'analyse des données, on a constaté que 6 autres hommes ne répondaient pas aux critères (ex. un cancer récidivant ou métastatique avait été diagnostiqué chez leur épouse), ramenant l'échantillon à 27 personnes.

Dans cet échantillon final de 27 participants (tableau 2), bien plus de la moitié étaient âgés de 50 à 69 ans (59 %) et mariés depuis plus de 20 ans (56 %). La majorité des hommes avaient au minimum une scolarité de niveau collégial ou universitaire (85 %) et travaillaient à plein temps (78 %). Quatorze (14) hommes (52 %) ont dit être nés au Canada, 12 (44 %) ailleurs qu'au Canada (10 pays ont été nommés) et 1 homme (4 %) n'a pas indiqué son pays de naissance. À titre d'information, ce sont les hommes nés dans un autre pays que le Canada qui présentaient le niveau de scolarité le plus élevé (92 %).

### Résultats thématiques

Les résultats ont été organisés en deux thèmes généraux (tableau 3) : les mécanismes d'adaptation et les stratégies associées (axées sur les émotions ou sur les problèmes) et la typologie du soutien social perçu. Ce dernier thème regroupait les ressources informelles de soutien social et les types d'aide reçue par les conjoints participants, qu'ils avaient eux-mêmes

**Tableau 2**

Données démographiques de l'échantillon (n = 27)

<b>Age</b>	
18 à 29 ans	4 % (1)
30 à 49 ans	33 % (9)
50 à 69 ans	59 % (16)
> 70 ans	4 % (1)
<b>Length of Marriage</b>	
1 à 5 ans	11 % (3)
6 à 10 ans	26 % (7)
11 à 20 ans	7 % (2)
> 20 ans	56 % (15)
<b>Niveau de scolarité</b>	
Études secondaires non terminées	4 % (1)
Diplôme d'études secondaires	11 % (3)
Collégial/universitaire	59 % (16)
Études supérieures	26 % (7)
<b>Emploi</b>	
Temps plein	78 % (21)
Temps partiel	7 % (2)
Retraité	11 % (3)
En arrêt maladie	4 % (1)
<b>Pays de naissance</b>	
Canada	52 % (14)
Pays autre que le Canada	44 % (12)
Philippines	11 % (3)
Turquie	4 % (1)*
Allemagne	4 % (1)*
Roumanie	4 % (1)*
Tanzanie	4 % (1)*
Écosse	4 % (1)*
Jamaïque	4 % (1)*
Chili	4 % (1)*
Croatie	4 % (1)*
Malaisie	4 % (1)*
Inconnu	4 % (1)

\* Veuillez noter que ces pourcentages ont été arrondis à 4 % (3,7 %) pour ne présenter que des pourcentages arrondis comme pour les autres données. Ceci explique pourquoi la somme des pourcentages n'est pas égale à 44 % pour les pays autres que le Canada.

solicités pendant l'étude pour faire face au cancer du sein de leur femme.

Voici d'abord un aperçu du contexte émotionnel décrit par les hommes; il illustre bien ce que ces hommes vivaient.

**Le contexte émotionnel** – Tous les hommes de l'étude ont décrit une détresse émotionnelle importante à la suite du diagnostic de cancer du sein de leur femme :

*Ce moment [celui du diagnostic], était probablement la période la plus traumatisante parce que... nous étions*

**Tableau 3**

*Style d'adaptation et typologie du soutien social*

Style d'adaptation	Typologie du soutien social perçu	
	Ressources internes	Sources de soutien informel
Autosuffisance	i) Personnes	• Soutien informationnel
i) Stratégies d'adaptation axées sur les émotions	• Épouse	• Soutien émotionnel
• Être positif et optimiste	• Enfants adultes	• Soutien pratique
• Recadrer de façon positive	• Membres de la famille proche/éloignée	• Soutien spirituel
• Ignorer ou minimiser ses propres sentiments	• Amis	
• Pratiquer des activités en solitaires	• Voisins	
• Prier	• Membres d'un groupe religieux	
ii) Stratégies d'adaptation axées sur les problèmes	• Collègues/rerelations de travail/contacts professionnels	
• Recherche d'informations	• Autres conjoints de patientes hospitalisées ou atteintes de cancer	
• Prestataires de services dans la communauté	• Étrangers	
• Soutien pratique	• Participation à la prise de décision	
• Soutien émotionnel	ii) Animaux (c.-à-d. les animaux domestiques)	

*confrontés à l'inconnu et nous essayions de comprendre le sens de tout cela et bien sûr les traitements possibles et l'incertitude de savoir si elle allait mourir ou si elle allait vivre ou... toutes ces questions nous sont venues à l'esprit. C'était donc probablement la période la plus difficile. (ID n° 25)*

Le choc, l'incrédulité, la colère, la peur et la frustration étaient courants; les hommes se sentaient aussi contrariés, tristes, impuissants, effrayés et abattus :

*Il y a véritablement une part de vous qui se sent impuissante. Par exemple, je me réveillais parfois au milieu de la nuit et je la regardais simplement dormir. Je pensais : « Qu'est-ce que je ferais sans elle? » (ID n° 9)*

Derrière ces réponses pleines d'émotions se cachait la crainte de perdre prématurément leur épouse :

*Le temps prend soudain une autre dimension et toutes sortes d'inquiétudes surgissent. On se demande par exemple comment on pourrait élever... les enfants seul, si on serait capable de prendre un nouveau départ, tout se mélange. Toutes sortes de choses qu'on prend pour acquises disparaissent. (ID n° 33)*

Pour ce qui est de l'expérience du diagnostic et du traitement, les participants ont expliqué la nécessité d'accepter le diagnostic de cancer du sein et de s'y adapter. Ils ont aussi dit que le fait même de devoir s'adapter à cette nouvelle situation était stressant. Gérer le stress induit par cette nouvelle situation faisait partie intégrante du processus d'adaptation.

### Thème 1 : Style d'adaptation

**Autosuffisance** – La plupart des hommes ont nommé l'autosuffisance comme mécanisme principal d'adaptation. En réponse au stress engendré par la situation, ils ont fait appel à leurs propres ressources pour s'aider eux-mêmes à s'adapter et soutenir leur épouse.

*Je suis quelqu'un d'assez solide, c'est pourquoi je n'ai pas nécessairement besoin d'un soutien extérieur. (ID n° 13)*

Ces ressources intérieures, c'est-à-dire leurs propres pensées, sentiments et comportements, comprenaient les croyances personnelles, les attitudes positives, l'acceptation, la foi et l'espoir. L'un des conjoints a décrit son mode d'adaptation comme « une force silencieuse ». Un autre, souhaitant donner des conseils aux hommes confrontés à la même situation, recommande de « ... l'accepter... d'être solide... d'être d'un grand soutien pour sa femme... de toujours voir le côté positif de la situation. Ne jamais penser aux aspects négatifs. » (ID n° 27)

Pour être autosuffisants dans leur adaptation, les hommes avaient recours à des stratégies à la fois axées sur les émotions sur les problèmes.

### Stratégies d'adaptation axées sur les émotions

**Être positif et optimiste** – Pour la plupart des conjoints, l'une des stratégies psychologiques essentielles est d'avoir une attitude positive et optimiste : « Avoir une approche positive face aux difficultés est utile pour tous. » Pour quelques hommes, cette stratégie était en accord avec leur croyance dans le pouvoir bénéfique d'une approche positive. « Si vous restez positif, vous avez de bonnes chances de vivre une longue période de rémission, mais il n'y a aucune garantie que le cancer ne revienne pas. » Dans l'idée de changer son attitude mentale pour la rendre plus positive, l'un des conjoints a dit pratiquer la méditation avec sa femme.

**Recadrer** – L'un des conjoints a recadré de façon positive son handicap, qui lui permettait de passer du temps avec son épouse et de l'accompagner à tous ses traitements. Certains hommes sont parvenus à trouver des aspects positifs en recadrant leurs expériences directes : « La perte de... son sein me permet de l'enlacer plus facilement... et désormais, ma main est plus proche de son cœur. » (ID n° 9)

**Adopter des attitudes et des comportements d'évitement** – En revanche, certains hommes ont exprimé leur besoin de « se protéger » eux-mêmes et de « protéger » leur épouse en adoptant des attitudes ou des comportements d'évitement pour nier la situation, se changer les idées, minimiser ou interioriser leurs propres sentiments et inquiétudes.

*Je ne veux pas montrer que j'ai très peur de la perdre parce que si je me relâche, si je perds espoir ou si je suis très inquiet, cela affectera son moral. (ID n° 23)*

**Activités en solitaire** – Certains conjoints ont également mis en place des comportements individuels et solitaires pour faire face à la situation, notamment de nature physique, ludique et artistique ou créative, par exemple la marche, l'entraînement en salle, la voile, la chasse, la menuiserie et la peinture : « *Je remarque que [l'exercice] me permet d'évacuer de nombreuses frustrations* » et « *je prendrai du temps à l'automne pour aller chasser* ». Les activités créatives ont été décrites par l'un des conjoints comme « *une bonne distraction* ». Un autre consommait une substance psychotrope (de l'alcool).

**Prière** – Plusieurs conjoints ont insisté sur l'importance des activités individuelles à caractère religieux. Prier, dire un chapelet et passer du temps à l'église leur ont apporté un soutien spirituel pour gérer le stress et mieux s'adapter à la situation : « *[La prière] soulage un peu de la pression qui pèse sur votre vie, vos sentiments* » et « *[je] continue simplement... à prier, prier... La foi en Dieu me soutiendra.* »

Lorsque les conjoints utilisent l'autosuffisance comme mécanisme d'adaptation, ces stratégies psychologiques axées sur les émotions, c'est-à-dire être positif et optimiste, prier, recadrer la situation de façon positive, nier ou minimiser ses propres sentiments, et réduire son stress grâce à des exutoires individuels physiques et créatifs, ont permis aux hommes de réguler leurs réactions internes (Lazarus et Folkman, 1984), ce qui les a aidés à faire face à la maladie potentiellement mortelle de leur femme, à gérer leurs émotions, à comprendre la maladie et lui à donner du sens, de même qu'à ne pas perdre espoir.

### Stratégies d'adaptation axées sur les problèmes

Dans les ressources intérieures, on compte aussi les stratégies d'adaptation individuelles axées sur les problèmes.

**Recherche d'information** – Presque tous les hommes de l'étude ont cherché de l'information complémentaire à celle fournie par l'équipe de soins pour comprendre le cancer du sein, l'établissement du diagnostic, les traitements prescrits et le pronostic. Ils ont dit avoir fait des recherches actives sur Internet ou discuté avec des membres de la famille et des amis possédant des connaissances médicales afin de réunir de l'information pour mieux faire face à la situation. L'un des conjoints raconte son expérience de la manière suivante :

*J'ai passé des heures et même des jours sur Internet et j'ai utilisé les ressources de la bibliothèque pour trouver des éléments de réponse... C'était ma façon d'affronter la situation. (ID n° 10)*

Cinq conjoints possédant des compétences dans le domaine de la médecine ou de la santé ont dit s'être appuyés sur leur formation et leur expérience professionnelles.

**Participation à la prise de décision** – Tout comme dans la recherche d'information, la plupart des hommes sont intervenus activement dans la prise de décision concernant les traitements de leur épouse.

*[Nous] avons considéré différents scénarios... depuis le début [en pensant] à l'avenir, la situation pour le mari et les enfants.* » (ID n° 33)

**Soutien pratique** – La plupart des partenaires ont également dit participer activement aux soins de leur épouse. Ce soutien pratique comprenait notamment la sollicitude à l'égard de leur épouse pendant le traitement, la surveillance de ses médicaments, l'exécution de tâches ménagères, son transport et les soins aux enfants.

*[Je] m'assure qu'elle prenne ses médicaments, je cuisine, je fais le ménage et je passe l'aspirateur... Je veille à lui enregistrer ses [émissions télé] et plus généralement, je m'assure qu'elle continue à s'intéresser à des choses. (ID n° 30)*

L'offre de soutien pratique la plus fréquente proposée par les conjoints était l'accompagnement de leur femme à ses rendez-vous à l'hôpital et à ses traitements. Pour ce faire, ils étaient nombreux à modifier leur horaire de travail. L'un des hommes, médecin généraliste, a fermé son cabinet pendant trois semaines pour être présent auprès de sa femme. Plusieurs hommes ont indiqué s'être sentis « *abandonnés* » lorsque leur femme décidait de se rendre seule à leurs rendez-vous ou à leurs traitements : « *Il me semblait que je devais être avec elle, que ce serait terrible sinon.* »

**Soutien émotionnel** – Le soutien émotionnel prenait de nombreuses formes, comme faire de l'humour, recadrer la situation de façon positive, encourager, « *rester silencieux* », « *servir de punching-ball* », méditer ensemble et assister aux réunions du groupe de soutien. .

*Donc, pendant la journée je travaillais, puis (le) soir, je venais et j'essayais de la rendre heureuse. Parfois, elle pleurait et je devais être présent pour elle... quelquefois je faisais le clown, je racontais des blagues, etc. (ID n° 3)*

La forme la plus importante de soutien émotionnel qui était également bénéfique pour les conjoints était de se préoccuper de leur épouse, d'être avec elle et de prendre soin d'elle. Ils ont dit que de partager l'expérience de la maladie avec leur femme les aidait eux aussi à gérer la situation : « *Si [je] lui parlais... cela l'aidait et cela [m'] aidait aussi. Je veux dire, d'un point de vue psychologique.* » Ils se sentaient également valorisés : « *Elle avait besoin de moi et, en fait, j'aimais ça.* »

Ces stratégies d'adaptation axées sur les problèmes, c'est-à-dire la recherche d'information, la participation à la prise de décision, le soutien pratique et le soutien émotionnel, faisaient partie intégrante du mécanisme d'autosuffisance employé par les hommes pour faire face aux demandes extérieures associées au cancer du sein; elles formaient aussi la base de leur participation à l'expérience de la maladie de leur épouse.

### Thème 2 : Typologie du soutien social perçu

L'autosuffisance comme style d'adaptation chez les conjoints était accentué par le soutien informel auquel ils avaient recours pour mieux s'adapter au cancer du sein de leur femme. Ils ont décrit à la fois les ressources informelles de soutien social et les types de soutien qu'ils ont reçus.

#### Ressources informelles de soutien social

**Les personnes** – Les ressources officielles (l'aide apportée par les professionnels de la santé mentale et psychosociale) étaient peu représentées dans les réseaux de soutien des conjoints

participant à cette étude, car comme l'a dit un homme : « *La meilleure thérapie pour moi, c'est ici même. C'est ma famille* ». La plupart des hommes ont dit se reposer sur des ressources informelles de soutien social pour mieux comprendre et gérer le stress de leur situation.

*Il est important d'exprimer vos craintes, vos angoisses et vos inquiétudes aux gens qui sont importants pour vous ainsi qu'à la personne concernée. Et de les écouter à votre tour et de juste être aussi ouvert et honnête que possible et de toujours avoir l'espoir que les choses joueront en votre faveur et non le contraire. (ID n° 14)*

Les personnes faisant partie dans ces réseaux de soutien informel étaient la conjointe, les enfants adultes, la famille élargie, les amis, les voisins, les employeurs et les collègues, les partenaires commerciaux et contacts professionnels, et les personnes offrant des services dans la communauté (ex. gardien d'enfants, entraîneur personnel, mécanicien).

Il est à noter qu'un sous-groupe particulier de ces personnes offrant un soutien informel comprenait des professionnels du domaine médical et du domaine de la santé ainsi que des personnes connaissant bien l'expérience du cancer parce qu'elles étaient atteintes du cancer ou avaient survécu à la maladie, ou avaient des proches dans la même situation. L'un des participants a dit se sentir moins isolé, même indirectement, en étant au contact d'autres personnes ayant fait l'expérience du cancer. En parlant de son mécanicien, dont la femme était également atteinte d'un cancer, il mentionne que « *peut-être que ce n'est pas conscient, mais inconsciemment, peut-être que je suis un peu soulagé de ne pas être le seul qui traverse cette épreuve* ». (ID n° 24) Quelques conjoints participant à l'étude ont élargi leurs réseaux de soutien à des personnes étrangères à leur cercle habituel. Ils ont par exemple parlé avec d'autres hommes en attendant leur femme dans la salle d'attente de l'hôpital et avec d'autres patientes ayant reçu elles aussi un diagnostic de cancer du sein.

**Les animaux** – Deux hommes ont précisément nommé leurs animaux domestiques (ex. leur chien) comme source de réconfort et de soutien : « *Ne riez pas... Je peux m'asseoir et parler à mes deux chiens pendant deux heures et ensuite, je me sens mieux... Mes chiens sont une bonne thérapie*. » (ID n° 29)

### Types de soutien social reçu

Dans cette étude, les partenaires ont reçu quatre types de soutien social (informationnel, émotionnel, pratique et spirituel) par l'intermédiaire de leurs réseaux informels.

**Informationnel** – Le soutien informationnel comprenait les renseignements recueillis sur le cancer du sein et les traitements grâce à des recherches menées par la famille et les amis pour le conjoint ainsi qu'à des discussions avec des membres de la famille et des amis travaillant dans le domaine de la santé. L'un des conjoints s'est dit « favorisé » en raison du parcours médical de l'un des membres de sa famille, qui lui a permis d'accéder plus facilement aux informations dans ce domaine. Mentionnons également le fait que 4 des épouses (patientes) des participants à l'étude travaillaient dans le domaine de la santé. Les conjoints ont dit que ce soutien informationnel

provenant de la famille, d'amis, de collègues et de fournisseurs de services dans la communauté ayant l'expérience du cancer les avaient aidés à se préparer au traitement.

**Émotionnel** – Le soutien émotionnel comprend les moments où les conjoints ont pu parler avec des membres de leur réseau informel de stratégies pour gérer les problèmes psychologiques, où ils ont reçu de l'écoute et des encouragements, et où ils pouvaient utiliser l'humour pour réduire leur stress et parler d'autres sujets que le cancer : « *Il est important de ne pas parler en permanence du cancer, mais d'évoquer aussi le bon vieux temps*. » Le soutien émotionnel prenait la forme de contacts individuels (en personne, par courriel et par téléphone) fréquents avec des hommes de leur réseau social, des groupes de « soutien » informels constitués de membres de la famille et d'amis (ex. une soirée au bar avec des amis, le soutien d'autres participants à un cours de méditation) et pour certains conjoints, de contacts bienveillants sur le lieu de travail avec des collègues, d'autres employés ou des partenaires d'affaires.

*« J'en ai parlé à tous mes amis et ils m'ont bien. » (ID n° 27)*

*« [Des collègues] avec lesquels j'ai pu en quelque sorte exprimer mes sentiments intimes. » (ID n° 10)*

Le fait de parler avec des personnes qui connaissaient le cancer et partageaient la même expérience « *m'a également aidé, car il y a deux façons de comprendre une situation : en parler avec quelqu'un qui l'a vécue ou la vivre vous-mêmes*. » Le recours à ce soutien émotionnel dépendait en partie des croyances des conjoints quant au soutien social. L'un d'entre eux a expliqué qu'il ne parle pas de ses sentiments et de ses problèmes personnels avec ses amis parce que « *la vie de famille est un domaine privé et (je) ne veux pas accabler mes amis* » et qu'il n'est pas sûr de recevoir une aide qui lui serait utile.

Pendant, parmi toutes les personnes de leurs réseaux de soutien informel, c'est l'épouse, décrite par l'un des participants comme « *quelqu'un qui tient vraiment à vous* » et par un autre comme sa « *conseillère* » grâce à qui il a pu faire face à la situation, qui était la principale source de soutien émotionnel. L'un des conjoints (ID n° 25) a dit se sentir soutenu par sa femme lorsqu'elle lui parle de ce qu'elle sait au sujet de la reconstruction mammaire. « *Elle aime m'en parler et je suis heureux qu'elle apprécie de le partager avec moi*. » Un autre conjoint (ID n° 33) décrit sa femme comme « *une personne avec qui je peux être totalement honnête* ». Cet acte de partage semble confirmer un sentiment d'unité et de normalité dans la vie quotidienne du couple : « *J'ai l'impression que maintenant que nous l'avons vécu, nous pouvons passer à autre chose*. » Il est à noter, comme nous l'avons dit plus haut, que la forme la plus importante de soutien émotionnel bénéfique pour les conjoints était de faire partie de l'expérience du cancer de leur épouse, de se préoccuper d'elle, d'être avec elle et de prendre soin d'elle.

Quelques hommes ont dit que leur relation conjugale n'était pas au beau fixe avant le diagnostic et que cette distance a persisté pendant le diagnostic et le traitement; ils avaient donc moins accès au soutien émotionnel au sein de leur relation de couple.

*Nous traversons beaucoup de problèmes émotionnels. Elle vit une période très difficile, elle ne me comprend pas et, parfois, je ne la comprends pas, ce qui est ma faute sans doute... Il y a beaucoup de conflits, que nous essayons de gérer. (ID n° 17)*

**Pratique** – Le soutien pratique provenait des membres du réseau de soutien informel qui fournissaient des soins à la patiente, gardaient les enfants et contribuaient à préserver les routines familiales quotidiennes pour le conjoint et sa famille.

*Nous [le mari, la mère, la sœur] étions tous là lors de l'opération. ... [puis] nous nous sommes relayés pour l'accompagner en chimiothérapie... [et] en radiothérapie. ... Nous y allions généralement tous ensemble et, en comprenant mieux la situation, nous y sommes allés un par un, pour lui offrir du soutien. (ID n° 28)*

Pour quelques conjoints, ce soutien était limité par le fait que leur famille proche vivait dans un autre pays. Pour un autre, le soutien apporté par la famille élargie, qui était importante et passait outre sa volonté, était perçue comme un fardeau : « *Ils régissent ma vie.* » Cette tension résulte du conflit entre la présence de la relation de couple et celle de la famille d'origine, tension fréquente en milieu clinique lorsqu'une maladie est potentiellement mortelle.

Le soutien pratique se manifestait aussi par des horaires de travail souples ou adaptables. Les conjoints propriétaires ou copropriétaires d'une entreprise ont mentionné la flexibilité que cela leur donnait pour adapter leurs engagements professionnels et ainsi répondre aux exigences des traitements de leur épouse. Du côté des employés, ceux qui ont reçu le soutien et la compréhension de la direction ont bénéficié d'horaires et d'une charge de travail flexibles qui leur ont permis de faire face aux demandes de la maladie.

*[Au travail], ils me soutiennent et ils m'ont dit que c'était la famille d'abord, de ne pas m'inquiéter pour mon travail, que je conserverais mon emploi, qu'il n'y aurait pas de conséquences à ce qui m'arrive en ce moment. ... J'apprécie vraiment ce qu'ils ont fait [pour] moi. (ID n° 23)*

Lorsque la direction n'était pas accommodante, les conjoints ont rencontré certaines difficultés, particulièrement pour gérer le stress financier découlant de la baisse de salaire engendrée par les absences du travail pour être avec leur épouse. Un homme a dit : « *Je n'étais pas payé lorsque je ne me rendais pas au travail pour accompagner ma femme à (l'hôpital).* ». Un autre homme a commenté : « *Il m'est difficile de trouver un équilibre entre mon travail et le fait de m'occuper d'elle sans aucune aide.* »

**Spirituel** – Les participants ont reçu un soutien spirituel à caractère religieux sous la forme de « *conseils et d'écoute éclairée* ». L'un des hommes et sa femme ont consulté leur pasteur pour obtenir de l'aide, tandis que d'autres conjoints ont bénéficié du soutien de groupes de prière.

En résumé, les résultats concernant le style d'adaptation et la typologie du soutien social perçu montrent une préférence nette des hommes de l'étude à se tourner vers leurs forces et leurs ressources intérieures, et à chercher de l'aide auprès de leur famille, de leurs réseaux professionnels et communautaires pour gérer les facteurs de stress associés au cancer du

sein de leur épouse. L'un des hommes a décrit en ces mots cette approche d'autosuffisance et d'appui sur le couple et la famille pour s'adapter à la maladie de son épouse : « *[Nous] avons essayé de tout gérer [nous-mêmes] et de nous arranger, selon nos propres termes.* »

## DISCUSSION

Le présent article examine le style d'adaptation et le soutien social perçu chez les conjoints de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein. Tous les conjoints ont dit ressentir une grande détresse émotionnelle à la suite du diagnostic de cancer du sein de leur épouse, comme l'ont déjà montré d'autres chercheurs (Lopes et al., 2018). Ils ont également adopté une approche d'autosuffisance pour faire face à la situation. En accord avec le modèle d'adaptation de Lazarus et Folkman (1984) et aux théories de socialisation des genres, les hommes de la présente étude se sont reposés sur des stratégies axées sur les émotions et sur les problèmes pour favoriser leur autosuffisance comme style d'adaptation. Il n'est pas surprenant qu'ils aient préféré s'appuyer sur leurs ressources intérieures pour faire preuve d'autosuffisance et chercher un soutien social informel auprès de leur famille et de leurs réseaux professionnels, communautaires ou religieux pour faire face au cancer du sein de leur épouse. Pour eux, les professionnels de la santé n'étaient pas une source de soutien social. D'autres études ont rapporté des résultats similaires (Catania et al., 2019; Lopes et al., 2018; Mensah et al., 2021).

L'une des stratégies d'adaptation axées sur les émotions utilisées par certains conjoints pour activer leurs propres ressources consistait à se montrer positifs et optimistes. Cette stratégie ressemble au recadrage positif employé par les conjoints de femmes atteintes de cancer du sein, décrit dans l'étude de Bigatti et collaborateurs (2011b). Cette étude a montré que le recadrage positif, une stratégie d'adaptation visant à dégager un sens positif de la situation, était le mécanisme le plus utilisé par les conjoints de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein ainsi que par les conjoints du groupe témoin dont les épouses n'étaient pas malades. Cette étude laisse entendre que les résultats pourraient être dus aux modèles normatifs masculins pour s'adapter aux situations difficiles, lesquels leur permettent d'obtenir les résultats voulus dans leur relation conjugale et de conserver ces résultats en cas de maladie. D'autres conjoints ont adopté des stratégies d'évitement. En accord avec les résultats de l'étude charnière menée par Sabo et collaborateurs (1986), certains hommes ont exprimé leur besoin de « se protéger » eux-mêmes et de « protéger » leur épouse en adoptant des attitudes ou des comportements d'évitement pour nier, détourner, minimiser ou internaliser leurs sentiments et inquiétudes.

Le principal soutien social des participants à l'étude était leur conjointe. La place centrale occupée par la conjointe dans le mécanisme d'adaptation des hommes étaye le constat selon lequel le soutien conjugal contribue au bien-être psychologique des patientes et des conjoints (Catania et al., 2019; Cohee et al., 2018; Hasson-Ohayon et al., 2010). Elle pourrait également découler des rôles culturels ou traditionnels attribués à

chaque sexe. Ainsi, on s'attend dans la relation conjugale à ce que la femme soit source de réconfort et d'intimité conjugale, l'homme ait l'obligation de protéger son épouse, de prendre soin d'elle et de subvenir à ses besoins matériels et émotionnels (Lopez et al., 2012; Yeung et al., 2018). Les hommes semblent mieux s'adapter à la situation et avoir une meilleure estime d'eux-mêmes lorsqu'ils remplissent leurs obligations conjugales et les responsabilités associées à leur rôle. De nombreuses études (Montford et al., 2016; Wagner et al., 2011; Yeung, Zhang, Ji, Lu et Lu, 2020) indiquent que les hommes ressortent grandis de l'aide qu'ils apportent à leur épouse. Ils ont une meilleure satisfaction personnelle et davantage d'estime d'eux-mêmes, ils se sentent plus efficaces, ils ont le sentiment d'avoir un but dans la vie et ils se rapprochent de leur conjointe.

Dans la description des systèmes de croyances, des relations conjugales difficiles, du manque de soutien au de travail et de l'éloignement géographique qui limitent l'accès au soutien social, quelques participants à l'étude ont souligné le fait que les ressources internes (pensées, croyances, sentiments, qualités, capacités et comportements) varient d'une personne à l'autre, de même que la qualité, l'étendue et la disponibilité des ressources informelles de soutien social. De plus, les ressources intérieures peuvent être mises à mal, dépassées, limitées ou inadéquates. C'est pourquoi il peut être difficile de mobiliser ses propres ressources adaptatives, en particulier dans une situation inhabituelle, incertaine, stressante et à laquelle on est mal préparé, mais qui impose au conjoint l'immense responsabilité de soutenir sa femme et sa famille, mais qui, ce faisant, facilite sa propre réaction d'adaptation face à la situation.

## CONSÉQUENCES

Les professionnels de la santé se trouvent dans une position unique qui leur permet d'observer directement ou indirectement la réaction des conjoints face à la situation. Ils peuvent faire une évaluation directe lorsque le conjoint accompagne sa femme à ses rendez-vous en l'interrogeant sur son humeur, les choses qui le perturbent, son niveau de stress, sa manière de gérer la situation, les ressources de soutien accessibles pour lui et sa famille, le type de soutien qu'il a reçu ou non, et les activités qu'il pratique pour prendre soin de lui. D'après les réponses, les professionnels de la santé peuvent fournir des renseignements personnalisés, notamment sur les services psychosociaux et de soutien disponibles au sein de l'hôpital et dans la communauté (ex. séances de relaxation ou de méditation destinées aux proches aidants) et proposer de l'orienter vers un professionnel en soins psychosociaux, le cas échéant. Si le conjoint n'est pas en mesure d'accompagner sa femme à ses rendez-vous médicaux, les professionnels de la santé peuvent s'appuyer sur la littérature existante dans ce domaine pour fournir de l'information générale à l'épouse sur les besoins des conjoints et les services qui peuvent les aider en l'incitant à transmettre ces renseignements à son mari. D'un point de vue clinique, ce sont souvent les patientes qui recherchent de l'aide pour leur conjoint.

Les professionnels de la santé peuvent avoir du mal à fournir les mêmes services à tous les conjoints et à s'assurer que tous disposent d'un niveau élémentaire de connaissances pour les aider et les préparer à assumer leurs responsabilités vis-à-vis de leur épouse et de leur famille, quelle que soit la qualité de leurs ressources intérieures et de leurs ressources informelles de soutien social. À cet égard, la transmission d'information est largement considérée comme une bonne façon d'intervenir pour combler cet écart (Cheng et al., 2014; Fitch et Allard, 2007b; Lopez et al., 2012). Les sujets à aborder pour leur fournir ce niveau élémentaire de connaissances ont été décrits en détail dans d'autres publications (Cheng et al., 2014).

Une intervention de type informationnel peut permettre des économies de temps et d'argent dans les milieux cliniques très achalandés pour rejoindre le large groupe que forment les conjoints des patientes. Elle permet aussi de respecter la préférence des hommes pour l'autosuffisance comme stratégie d'adaptation. À la suite d'une évaluation clinique, les interventions de soutien psychosocial et pratique nécessitant le concours de plusieurs membres du personnel peuvent alors se concentrer en priorité sur le sous-groupe plus restreint de conjoints qui vivent ou risquent de vivre une détresse importante. Cela permet aux professionnels de la santé de prodiguer des soins de qualité axés sur les patientes et sur leur famille tout en utilisant efficacement des ressources de santé limitées.

## Limites

L'étude comporte plusieurs limites, notamment un biais de sélection au cours du recrutement. Puisque le conjoint n'était contacté que si la patiente donnait son accord, aucune information n'a été recueillie concernant les hommes dont les femmes ont refusé la participation. L'échantillon comporte également une limite de représentativité en raison du niveau élevé de scolarité des hommes recrutés. L'utilisation d'approches de recrutement plus directes et variées aurait pu augmenter la représentativité de l'échantillon et devrait être envisagée pour les futures recherches.

Tout comme les besoins des femmes atteintes d'un cancer du sein évoluent au fil du temps, les besoins des conjoints varient également tout au long de la trajectoire de la maladie. Il aurait été bénéfique, dans le cadre de l'étude, d'évaluer les besoins de soutien social des conjoints au fil du temps ainsi que le point de vue des femmes sur les stratégies d'adaptation masculines. Même si les participants à l'étude provenaient d'horizons divers, la culture n'a pas été examinée en tant que variable. Les recherches à venir devront intégrer d'autres facteurs sociaux susceptibles d'influencer le mécanisme d'adaptation des conjoints et le soutien social qu'ils reçoivent.

## CONCLUSION

Il est essentiel de mieux comprendre l'autosuffisance comme style d'adaptation et le soutien social informel sur lequel s'appuient les conjoints de femmes qui viennent de recevoir un diagnostic de cancer du sein afin de mettre en place des interventions psychosociales efficaces pour ce groupe. Les résultats de la présente étude viennent étoffer les connaissances sur l'autosuffisance et les besoins des conjoints en matière de soutien

social. Grâce à ces connaissances, les professionnels de la santé peuvent favoriser l'accès des conjoints à des ressources informationnelles, rentables en temps et en argent, pour les aider à mieux répondre à leurs besoins et pour faciliter leur adaptation. Comme le conjoint joue un double rôle en ayant besoin de soutien tout en étant lui-même une source de soutien, le fait de l'aider à s'adapter à la situation est bénéfique à la fois pour lui, son épouse et sa famille.

## REMERCIEMENTS

Nous remercions les participants pour leur contribution inestimable à l'étude.

## RÉFÉRENCES

Balfe, M., Keohane, K., O'Brien, K., & Sharp, L. (2017). Social networks, social support and social negativity: A qualitative study of head and neck cancer caregivers' experiences. *European Journal of Cancer Care*. <https://doi.org/10.1111/ecc.12619>

Bamgboje-Ayodele, A., Levesque, J. V., Gergesa, M., & Girgis, A. (2021). The male perspective: A mixed methods study of the impact, unmet needs and challenges of caring for women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 39(2), 235–251. <https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1850600>

Bigatti, S. M., Brown, L. F., Steiner, J. L., & Miller, K. D. (2011a). Breast cancer in wife: How a husband cope and how well it works. *Cancer Nursing*, 34(3), 193–201.

Bigatti, S. M., Brown, L. F., Steiner, J. L., & Miller, K. D. (2011b). Coping with breast cancer in a wife. *Cancer Nursing*, 34(3), 193–201.

Bigatti, S. M., Wagner, C. D., Lydon-Lam, J. R., Steiner, J. L., & Miller, K. D. (2011). Depression in husbands of breast cancer patients: Relationships to coping and social support. *Supportive Care in Cancer*, 19, 455–466.

Catania, A. M., Sammut Scerri, C., & Catania, G. J. (2019). Men's experience of their partners' breast cancer diagnosis, breast surgery and oncological treatment. *J Clin Nurs*, 28(9–10), 1899–1910. <https://doi.org/10.1111/jocn.14800>

Cheng, T., Jackman, M., McQuestion, M., & Fitch, M. (2014). «Knowledge is Power»: Perceived needs and preferred services of male partners of women newly diagnosed with breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 22(12), 3175–3183. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2314-0>

Cohee, A. A., Bigatti, S. M., Shields, C. G., Johns, S. A., Stump, T., Monahan, P. O., & Champion, V. L. (2018). Quality of life in partners of young and old breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 41(6), 491–497. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000556>

Dumitra, S., Jones, V., Rodriguez, J., Bitz, C., Polamero, E., Loscalzo, M., ... S. G., W. (2018). Disparities in managing emotions when facing a diagnosis of breast cancer: Results of screening program of couples' distress. *Surgery*, 164(1), 86–90. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2017.11.022>

Fife, B. L., Kennedy, V. N., & Robinson, L. (1994). Gender and adjustment to cancer: Clinical implications. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(1/2), 1–21.

Fitch, M., & Allard, M. (2007a). Perspectives of husbands of women with breast cancer: Impact and response. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 17(2), 66–71.

Fitch, M., & Allard, M. (2007b). Perspectives of husbands of women with breast cancer: Information needs. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 17(2), 79–83.

## CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs n'ont déclaré aucun possible conflit d'intérêts relatif à la recherche, aux droits d'auteur ou à la publication du présent article.

## FINANCEMENT

Les auteurs ont déclaré avoir reçu du soutien financier du Comité du cancer du sein pour les femmes de l'Hôpital Princesse Margaret pour la recherche, les droits d'auteur ou la publication du présent article.

Folkman, S. (2010). Stress, coping and hope. *Psycho-Oncology*, 19, 901–908.

Gao, L., Liu, J. E., Zhou, X. P., Su, Y. L., & Wang, P. L. (2019). Supporting her as the situation changes: A qualitative study of spousal support strategies for patients with breast cancer in China. *European Journal of Cancer Care*, 29(e13176). <https://doi.org/10.1111/ecc.13176>

Goerling, U., Bergelt, C., Müller, V., & Mehnert-Theuerkauf, A. (2020). Psychosocial distress in women with breast cancer and their partners and its Impact on supportive care needs in partners. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.564079>

Gürsoy, A., Koçan, S., & Aktug, C. (2017). Nothing is more important than my partner's health: Turkish men's perspectives on partner's appearance after mastectomy and alopecia. *European Journal of Oncology Nursing*, 29, 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.04.006>

Gutierrez, D., Barden, S. M., Gonzalez, J., Ali, S., & Cruz-Ortega, L. G. (2016). Perspectiva masculina: An exploration of intimate partners of Latina breast cancer survivors. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 24(3), 222–229.

Hasson-Ohayon, I., Goldzweig, G., Braun, M., & Galinsky, D. (2010). Women with advanced breast cancer and their spouses: Diversity of support and psychological distress. *Psycho-Oncology*, 19, 1195–1204.

Hirschman, K. B., & Bourjolly, J. N. (2005). How do tangible supports impact the breast cancer experience? *Social Work in Health Care*, 41(1), 17–31.

Hodgkinson, K., Butow, P., Hunt, G. E., Wyse, R., Hobbs, K. M., & Wain, G. (2007). Life after cancer: Couples' and partners' psychological adjustment and supportive care needs. *Supportive Care in Cancer*, 15, 405–415.

Hogan, B. E., Linden, W., & Najarian, B. (2002). Social support interventions: Do they work? *Clinical Psychology Review*, 22, 381–440.

Kahana, E., Kahana, B., Harel, Z., & Rosner, T. (1988). Coping with extreme trauma. In J. P. Wilson, Z. Harel, & B. Kahana (Eds.), *Adaptation to extreme stress*. Plenum Press.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Levy, R. (2011). Core themes in a support group for spouses of breast cancer patients. *Social Work with Groups*, 34, 141–157.

Lewis, F. M., Cochrane, B. B., & Fletcher, K. A. (2008). Predictors of depressed mood in spouses of women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 28(8), 1289–1295.

- Lim, J. W. (2019). Physical and psychological symptoms and psychological distress among the spouses of cancer survivors: The mediating effect of family communication and coping. *European Journal of Cancer Care*. <https://doi.org/10.1111/ecc.13115>
- Lopes, V. B., Lobo, A. P. A., Da Silva Junior, G. B., Melo, A. K., Lamboglia, C. G., & da Silva, C. (2018). The experience of male spouses in the context of breast cancer: A systematic review of the literature. *Psychology, Health & Medicine*, 23(1), 89–98. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1332374>
- Lopez, V., Copp, G., & Molassiotis, A. (2012). Male caregivers of patients with breast and gynecologic cancer: Experiences from caring for their spouses and partners. *Cancer Nursing*, 35(6), 402–410. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318231daf0>
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging Mental Health*, 10(6), 574–582. <https://doi.org/10.1080/13607860600641200>. PMID: 17050086
- McKenzie, S. K., Collings, S., Jenkin, G., & River, J. (2018). Masculinity, social connectedness, and mental health: Men's diverse patterns of practice. *American Journal of Men's Health*, 12(5), 1247–1261. <https://doi.org/10.1177/1557988318772732>
- Mensah, A. B. B., Adamu, B., Mensah, K. B., Dzomeku, V. M., Agbadi, P., Kusi, G., & Apiribu, F. (2021). Exploring the social stressors and resources of husbands of women diagnosed with advanced breast cancer in their role as primary caregivers in Kumasi, Ghana. *Supportive Care in Cancer*, 29, 2335–2345. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05716-2>
- Monat, A., & Lazarus, R. S. (1991). *Stress and coping*. Columbia University Press.
- Montford, K. S., Duggleby, W., Cumming, C., Thomas, R., Nikolaichuk, C., Ghosh, S., & Tonkin, K. (2016). 'All I can do is help': Transition experiences of male spouse caregivers of women with breast cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 26(4), 312–317. <https://doi.org/10.5737/23688076264312317>
- Northouse, L. (1988). Social support in patients' and husbands' adjustment to breast cancer. *Nursing Research*, 37(2), 91–95.
- Northouse, L. (1989). The impact of breast cancer on patients and husbands. *Cancer Nursing*, 12(5), 276–284.
- Parent, M. C., Hammer, J. H., Bradstreet, T. C., Schwartz, E. N., & Jobe, T. (2018). Men's mental health help-seeking behaviors: An Intersectional Analysis. *American Journal of Men's Health*, 12(1), 64–73. <https://doi.org/10.1177/1557988315625776>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Sage Publications Inc.
- Pitceathly, C., & Maguire, P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: A review. *European Journal of Cancer*, 39, 1517–1524.
- Sabo, D., Brown, J., & Smith, C. (1986). The male role and mastectomy: Support groups and men's adjustment. *Journal of Psychosocial Oncology*, 4(1/2), 19–32.
- Senneseth, M., Hauken, M. A., Matthiesen, S. B., Gjestad, R., & Laberg, J. C. (2017). Facing spousal cancer during child-rearing years. *Cancer Nursing*, 40(3), 24–34. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000379>
- Snyder, K. A., & Pearse, W. (2010). Crisis, social support, and the family response: exploring the narratives of young breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(4), 413–431. <https://doi.org/10.1080/07347332.2010.484830>
- Wagner, C. D., Tanmoy, L., Bigatti, S. M., & Storniolo, A. (2011). Characterizing burden, caregiving benefits, and psychological distress of husbands of breast cancer patients during treatment and beyond. *Cancer Nursing*, 34(4), E21–E30.
- Wendt, D., & Kevin, S. (2016). Gender and attitudes about mental health help seeking: Results from national data. *Health and Social Work*, 41(1), e20–e28. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv089>
- Yeung, N. C. Y., Zhang, Y., Ji, L., L., R., Lu., G., & Lu, Q. (2019). Correlates of sexual quality of life among husbands of Chinese breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 40, 63–70.
- Yeung, N. C. Y., Zhang, Y., Ji, L., Lu, G., & Lu, Q. (2018). Guilt among husband caregivers of Chinese women with breast cancer: The roles of male gender-role norm, caregiving burden and coping processes. *European Journal of Cancer Care*, 27, e12872. <https://doi.org/10.1111/ecc.1287>
- Yeung, N. C. Y., Zhang, Y., Ji, L., Lu, G., & Lu, Q. (2020). Finding the silver linings: Psychosocial correlates of posttraumatic growth among husbands of Chinese breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 29(10), 1646–1654. <https://doi.org/10.1002/pon.5484>
- Younes Barain, Z., Rahnama, M., Naderifar, M., Badakhsh, B., & Noorisanchooli, H. (2018). Experiences of spouses of women with breast cancer: A content analysis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2019(10), 3167–3172. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.10.3167>
- Young, J., & Snowden, A. (2017). A systematic review on the factors associated with positive experiences in carers of someone with cancer. *European Journal of Cancer Care (English Language Edition)*, 26(3). <https://doi.org/10.1111/ecc.12544>
- Yousaf, O., Grunfeld, E. A., & Hunter, M. S. (2015). A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health Psychology Review*, 9(2), 264–276. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.840954>