

Influence des facteurs individuels et dyadiques sur l'ajustement sexuel des couples lors d'un cancer du côlon

Influence of Individual and Dyadic Factors in Sexual Adjustment of Couples with Colon Cancer/Partners' Interdependence in Sexual Adjustment

A. Stulz · N. Favez · C. Flahault

Reçu le 30 mai 2022 ; accepté le 10 juillet 2022
© Lavoisier SAS 2022

Résumé *Contexte* : Le cancer du côlon est le troisième cancer le plus diagnostiqué au monde et a un impact sur tous les aspects de la vie des patients et de leur partenaire. Jusqu'à présent, peu d'études ont étudié l'ajustement sexuel des patients et aucune n'a analysé les interactions entre les partenaires.

Objectif : Décrire les facteurs individuels et dyadiques liés à l'ajustement sexuel des couples.

Méthode : Treize couples ont répondu à un ensemble de questionnaires portant sur le soutien social, la communication et les stratégies de coping dyadique et la satisfaction sexuelle. Des analyses non paramétriques ont été réalisées sur les données quantitatives.

Résultats : Le soutien social, la communication et les stratégies d'adaptation dyadique jouent un rôle dans l'ajustement sexuel des couples. La satisfaction ressentie par les patients et leurs partenaires quant au soutien conjugal est corrélée positivement à l'ajustement sexuel du patient. La qualité de la communication des patients quant au stress engendré par la maladie est liée à la satisfaction sexuelle des partenaires. Le coping dyadique de soutien comme la gestion commune du stress favorisent l'ajustement sexuel des patients et des partenaires. Ces stratégies démontrent l'importance de l'unité au sein du couple, le cancer étant abordé comme

une « maladie du couple ». Cet engagement mutuel semble favoriser la satisfaction sexuelle des couples.

Conclusion : Gérer la maladie et le stress lié aux traitements en tant que couple et percevoir son partenaire comme une source de soutien satisfaisante est particulièrement bénéfique pour la satisfaction sexuelle des couples dont un membre est atteint d'un cancer du côlon.

Mots clés Cancer du côlon · Couple · Interdépendance · Coping dyadique · Satisfaction sexuelle

Abstract *Context*: Colon cancer is the third most diagnosed cancer in the world and has an impact on all aspects of the lives of patients and their partners. To date, few studies have examined patients' sexual adjustment, and none have analyzed partner interactions.

Objective: The objective of this study is to describe the relationships between individual variables and couples' emotional and sexual adjustments.

Method: Thirteen couples completed a set of questionnaires on social support, dyadic communication and coping strategies, and sexual satisfaction. Non-parametric analyses were performed on the quantitative data.

Results: Social support, communication, and dyadic coping strategies play a role in couples' sexual adjustment. Patient and partner satisfaction with marital support is positively correlated with patient sexual adjustment. The quality of patients' communication about illness-related stress is related to partners' sexual satisfaction. Both supportive dyadic coping and shared stress management promote patient and partner sexual adjustment. These strategies demonstrate the importance of unity within the couple, with cancer being approached as a "couple's disease". This mutual commitment appears to promote sexual satisfaction in couples.

Conclusion: Dealing with illness and treatment stress as a couple, and perceiving one's partner as a satisfying source

A. Stulz (✉)
Hôpital Paris-Saint-Joseph, 185, rue Raymond-Losserand,
F-75014 Paris, France
e-mail : alexandra.stulz@hotmail.fr

A. Stulz · C. Flahault
Laboratoire de psychopathologie et processus de santé,
université Paris Cité, F-92100 Boulogne-Billancourt, France

N. Favez
Unité de psychologie clinique des relations interpersonnelles,
département de psychologie, université de Genève,
CH-1205 Genève, Suisse

of support, is particularly beneficial to sexual satisfaction for couples who have a member with colon cancer.

Keywords Colon cancer · Couple · Interdependence · Dyadic coping · Sexual satisfactions

Introduction

Contexte

En 2016, en France comme dans le monde, le cancer colorectal est le troisième cancer le plus diagnostiqué chez les hommes et le deuxième chez les femmes [1]. L'amélioration des traitements permet aujourd'hui une meilleure prise en charge des patients, leur offrant une espérance de vie plus longue au prix de traitements qui peuvent parfois durer plusieurs années. Ainsi, ils peuvent alterner des phases de rémission, des pauses thérapeutiques et des reprises de traitement. Toutefois, ces traitements ont des effets secondaires importants, qui peuvent être temporaires ou persister longtemps après les traitements. Parmi les effets secondaires les plus rapportés par les patients, l'altération de la santé sexuelle est très représentée [2].

Le cancer du côlon et ses traitements ont par ailleurs des répercussions à la fois physiques et psychosociales sur les patients et leurs familles, en particulier sur les conjoints. Ces derniers sont souvent les aidants principaux et sont perçus comme la plus importante source de soutien tant par les patients que par le corps médical [3–5].

Couple et cancer

Le diagnostic d'un cancer provoque un déséquilibre dans l'écosystème du couple [6–8]. Cela peut être vécu comme un bouleversement profond du fonctionnement conjugal, avec une modification des habitudes du couple : la maladie altère tous les aspects de la relation [9]. Elle prend place dans le couple, elle est un nouvel élément du système [8].

De ce point de vue, le cancer peut être considéré comme un « facteur de stress dyadique » [10–12], car il affecte directement ou indirectement les deux partenaires. Cette vision dyadique du stress permet de s'éloigner du point de vue purement individuel et enrichit notre compréhension du vécu des couples tout au long de la maladie [10–13].

Santé sexuelle et cancer

Depuis quelques années, une meilleure compréhension des répercussions du cancer sur les couples et une prise de conscience de l'importance de l'ajustement dyadique ont permis d'intégrer la dimension sexuelle dans les recherches portant sur les couples [14–18].

De manière générale, la fonction sexuelle peut être altérée par la nature de la maladie, par l'organe touché, par les traitements et leurs effets secondaires. Elle peut également être altérée par les modifications de l'image corporelle, la détresse psychologique liée au cancer, la cristallisation ou l'augmentation de difficultés antérieures (conjugales ou sexuelles) [19–22]. Les répercussions sur la santé sexuelle sont rapportées indépendamment du type de cancer et du sexe [21] et pendant de nombreuses années [2,23,24]. Il est désormais bien documenté que les dysfonctionnements sexuels sont l'un des effets à long terme les plus fréquents des traitements contre le cancer [2,19,25].

Parmi les patients, plus de la moitié des hommes et des femmes rapportent des conséquences négatives de la maladie sur leur vie sexuelle [23,24,26,27], avec une diminution marquée de la fréquence et de la satisfaction des relations sexuelles, tous cancers confondus [22]. Ces changements dans la sexualité entraînent souvent une déception face à la perte d'intimité sexuelle, de la frustration et de la colère, de la tristesse. À l'inverse, certains patients rapportent une évolution de leurs comportements sexuels vers des rapports non pénétratifs, ainsi qu'un renforcement de la relation après le cancer [22].

Des répercussions ont aussi été identifiées chez les partenaires [28] : une diminution de la fréquence des rapports pour environ 70 % des partenaires, un arrêt des relations sexuelles pour d'autres et des changements dans l'intimité pour tous. Ces effets semblent généralement acceptés, mais peuvent néanmoins entraîner des sentiments de colère, de tristesse et de frustration, surtout en cas d'arrêt total de la sexualité [29]. Ces changements majeurs sont liés aux traitements du patient, à la fatigue du rôle d'aidant, à l'évolution du regard porté sur l'autre en tant que « patient » plutôt qu'« amant », et aux croyances sur le comportement sexuel pendant la maladie [28,29]. Enfin, seul un faible pourcentage de partenaires développe de nouveaux comportements sexuels, recréant des rapports non pénétratifs, dans lesquels ils retrouvent un sentiment d'intimité et de plaisir. Cette renégociation des comportements sexuels peut se produire si les deux partenaires n'adhèrent pas à un modèle social stéréotypé d'une sexualité obligatoirement pénétrative, s'ils sont capables de communiquer autour du sexe et s'ils sont satisfaits de leur relation [30].

Jusqu'à présent, très peu de recherches ont été menées sur l'impact du cancer du côlon sur la santé sexuelle. Les études se concentrent rarement sur les cancers colorectaux, alors même qu'il s'agit du troisième cancer le plus diagnostiqué dans le monde [17].

Par ailleurs, les études sur le cancer colorectal se concentrent surtout sur le cancer du rectum en raison de l'impact direct de la chirurgie mutilante et de la radiothérapie sur les organes sexuels. En effet, les études comparant les cancers du côlon et du rectum mettent en évidence que l'impact sexuel

est plus fréquent dans le cancer du rectum [31–33]. Cependant, ces études montrent que des difficultés apparaissent également dans le cancer du côlon et sont plus importantes que dans la population générale [32,33]. Elles révèlent l'apparition de troubles sexuels et une forte diminution de la fréquence des rapports et de la satisfaction sexuelle globale [18].

Bien que l'altération de la satisfaction sexuelle soit l'un des effets secondaires à long terme les plus fréquents, les recherches sur la satisfaction sexuelle après un cancer du côlon sont peu développées. Lorsque la satisfaction sexuelle est évaluée, il est rare que les études interrogent les deux membres du couple dans une vision systémique.

Objectifs

L'objectif de cette recherche est de décrire les liens entre des variables individuelles comme dyadiques et l'ajustement sexuel des couples.

Afin de répondre à cet objectif, nous avons défini des questions de recherche (QR) :

- QR 1 : quelles variables individuelles sont liées à l'ajustement des patients ou des partenaires ?
- QR 2 : quelles variables d'un des membres du couple sont liées à la satisfaction sexuelle de l'autre membre ? (Ces analyses croisées ont pour objectif d'observer l'interdépendance au sein des couples).

Matériel et méthode

Participants et procédure

Cette recherche est une étude quantitative et transversale. Le recrutement des patients et de leur partenaire a eu lieu dans

un service d'oncologie, au sein d'un centre hospitalier en France. La participation à cette étude était ouverte à tous les patients (hommes et femmes) diagnostiqués pour un cancer du côlon, en cours de chimiothérapie ou en rémission. Les patients répondant aux critères d'inclusion (Tableau 1) ont été identifiés au sein du service d'oncologie ou de chirurgie digestive. L'identification a été réalisée de manière systématique entre le 1^{er} mars 2019 et le 31 mars 2020. Les patients se sont ensuite vus proposer de participer à la recherche via un courrier envoyé à leur domicile et un contact téléphonique. Après acceptation orale, tous les documents nécessaires à l'étude ont été envoyés aux patients (documents d'information, consentement et questionnaires). Par leur intermédiaire, l'étude a été proposée à leur partenaire.

L'étude a été approuvée par le Conseil d'évaluation éthique pour les recherches en santé (CERES) le 13 septembre 2016.

Matériel

Questionnaire sociodémographique

Nous avons créé un questionnaire sociodémographique comprenant des informations sur le sexe, le rôle (patient ou partenaire), l'âge, le statut marital, le nombre d'enfants, le statut socioprofessionnel.

Questionnaire sur le soutien social

Nous avons choisi le questionnaire sur le soutien social perçu (QSSP) de Bruchon-Schweitzer [34]. Nous avons adapté ce questionnaire pour les besoins de notre étude en ajoutant l'item « Partenaire ». Il évalue, sur huit items, la disponibilité et la satisfaction du soutien perçu en analysant le type et la

Tableau 1 Critères d'inclusion	
<p>Patients</p> <p><i>Critères d'inclusion</i></p> <p>Patient atteint d'un cancer du côlon</p> <p>Patient en couple depuis plus de 2 ans</p> <p>Patient âgé de plus de 18 ans et capable de lire le français</p> <p>Patient ayant donné son consentement libre et éclairé</p>	<p><i>Critères de non-inclusion</i></p> <p>Patient en phase terminale d'un cancer du côlon</p> <p>Incapacité à répondre aux questions (par exemple, troubles cognitifs)</p> <p>Présence d'un trouble psychiatrique modifiant le rapport à la réalité ou altérant la participation à l'étude</p>
<p>Partenaires</p> <p><i>Critères d'inclusion</i></p> <p>Partenaire âgé de plus de 18 ans et capable de lire le français</p> <p>Le partenaire a donné son consentement libre et éclairé</p>	<p><i>Critères de non-inclusion</i></p> <p>Cancer en traitement ou en rémission</p> <p>Incapacité à répondre aux questions (par exemple, troubles cognitifs)</p> <p>Présence d'un trouble psychiatrique qui modifie le rapport à la réalité ou entrave la participation à l'étude</p>

source du soutien, le nombre de personnes qui le fournissent (disponibilité) et la qualité perçue de ce soutien (satisfaction). La cotation s'effectue par simple somme des scores de disponibilité et des scores de satisfaction. Plus les scores sont élevés et plus les perceptions de la disponibilité comme la satisfaction sont bonnes. Les alphas de Cronbach élevés (0,7) soulignent une bonne cohérence interne. Dans notre étude, l'alpha de Cronbach pour la satisfaction est de 0,99.

Questionnaire sur le coping dyadique

Le Dyadic Coping Inventory (DCI) de Bodenmann [35] évalue le coping dyadique au sein des couples. Cet outil de 37 items mesure le degré de soutien et d'aide fourni et perçu par chaque conjoint lors d'un événement stressant. Plus précisément, il évalue la communication autour du stress, le coping dyadique positif (y compris le coping de soutien, le coping délégué et la gestion commune du stress), le coping dyadique négatif et l'efficacité perçue de la gestion du stress du couple. La cotation s'effectue en faisant la somme des items pour chaque sous-échelle. L'échelle a été utilisée dans de nombreuses études, elle présente de bonnes qualités psychométriques dans sa version française. Dans notre échantillon, les α varient de 0,75 à 0,93, les échelles de coping dyadique négatif présentant des valeurs plus élevées que dans l'étude de validation française (0,62 et 0,76, respectivement pour les patients et leurs partenaires).

Questionnaire sur le fonctionnement sexuel

Pour comprendre le fonctionnement sexuel, nous avons créé des questions sur le développement de la vie sexuelle (âge des premiers intérêts pour la sexualité, âge des premiers rapports, nombre de partenaires sexuels) et la satisfaction sexuelle globale cotée sur une échelle de Likert allant de 1 à 8 (plus le score est élevé, plus le participant se sent globalement satisfait de ses relations sexuelles).

Analyses

L'ensemble des données a été traité à l'aide des logiciels Excel 2010 et SPSS.16. Pour analyser les données des couples d'un point de vue dyadique, nous avons choisi de proposer des analyses croisées de nos données, en effectuant des

analyses de corrélations de Spearman et de corrélations partielles entre les variables indépendantes d'un des membres du couple et les variables d'ajustement de l'autre membre.

Résultats

Satisfaction sexuelle des couples

La satisfaction sexuelle globale nous montre que les couples rapportent une satisfaction sexuelle un peu supérieure à la moyenne ($M = 5$, $ET = 2,209$) (Tableau 2).

Analyse des variables individuelles liées à la satisfaction sexuelle (QR 1)

Le soutien social, la communication et les stratégies de coping dyadique (SCD) semblent liés à l'ajustement sexuel des couples.

Variables liées à la satisfaction sexuelle des patients

La satisfaction sexuelle des patients est corrélée à la satisfaction du soutien apporté par leur partenaire ($r = 0,595$, $p < 0,05$), la gestion commune du stress ($r = 0,616$, $p < 0,05$) et à l'âge des premiers intérêts pour la sexualité ($r = -0,603$, $p < 0,05$) (Tableau 3).

En d'autres termes, les patients les plus satisfaits de leur sexualité semblent :

- être plus satisfaits du soutien apporté par leur partenaire ;
- avoir de nombreuses stratégies d'adaptation dyadique communes au sein du couple ;
- avoir eu un intérêt précoce pour la sexualité.

Variables liées à la satisfaction sexuelle du partenaire

La satisfaction sexuelle des partenaires est corrélée à la qualité de leur propre communication quant au stress de la maladie ($r = 0,861$, $p < 0,001$) et la qualité de la communication du partenaire « malade » ($r = 0,569$, $p < 0,05$), à leur propre mise en œuvre de SCD positives ($r = 0,575$, $p < 0,05$) et à la gestion commune du stress ($r = 0,876$, $p < 0,000$) (Tableau 3).

	Couples (<i>n</i> = 26)	Patients (<i>n</i> = 13)	Partenaires (<i>n</i> = 13)	<i>p</i>
	Moy.	Moy.	Moy.	
Satisfaction sexuelle	5,00	5,46	4,54	0,379

Tableau 3 Corrélation entre les antécédents, les variables transactionnelles et la satisfaction sexuelle

		Satisfaction sexuelle	
		Patients	Partenaires
Âge des 1 ^{ers} intérêts pour la sexualité	Coefficient de corrélation	-0,603*	-0,087
	Significativité bilatérale	0,029	0,800
Âge du 1 ^{er} rapport sexuel	Coefficient de corrélation	-0,511	-0,152
	Significativité bilatérale	0,074	0,638
Nombre de partenaires sexuels	Coefficient de corrélation	-0,150	-0,059
	Significativité bilatérale	0,625	0,856
Satisfaction-soutien du partenaire	Coefficient de corrélation	0,595*	0,512
	Significativité bilatérale	0,032	0,074
Communication-personnelle	Coefficient de corrélation	0,313	0,861**
	Significativité bilatérale	0,297	0,000
Communication-partenaire	Coefficient de corrélation	0,310	0,569*
	Significativité bilatérale	0,302	0,042
CD soutien-personnelle	Coefficient de corrélation	0,498	0,575*
	Significativité bilatérale	0,083	0,040
CD soutien-partenaire	Coefficient de corrélation	0,036	0,258
	Significativité bilatérale	0,908	0,394
CD négatif-personnelle	Coefficient de corrélation	-0,482	-0,259
	Significativité bilatérale	0,095	0,394
CD négatif-partenaire	Coefficient de corrélation	0,038	0,327
	Significativité bilatérale	0,901	0,276
CD délégué-personnelle	Coefficient de corrélation	0,364	0,385
	Significativité bilatérale	0,222	0,194
CD délégué-partenaire	Coefficient de corrélation	0,515	-0,052
	Significativité bilatérale	0,072	0,867
CD gestion-commun	Coefficient de corrélation	0,616*	0,876**
	Significativité bilatérale	0,025	0,000

CD = coping dyadique
 * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

En d’autres termes, les partenaires qui sont plus satisfaits de leur sexualité semblent :

- percevoir une bonne qualité de communication entre eux et leur partenaire « malade » ;
- percevoir une bonne utilisation des stratégies d’adaptation dyadique positives personnelles ;
- mettre en œuvre de nombreuses stratégies d’adaptation dyadique communes.

Interdépendance au sein des couples : analyses croisées (QR 2)

Analyses croisées des variables des patients et de la satisfaction sexuelle des partenaires

La satisfaction sexuelle du conjoint est corrélée de manière significative avec les variables du patient : à la qualité de la

communication du partenaire, perçue par le patient ($r = 0,705, p < 0,01$), ainsi qu’à la gestion commune du stress ($r = 0,771, p < 0,01$) (Tableau 4).

En d’autres termes, les partenaires sont plus satisfaits de leur sexualité lorsque le patient semble :

- percevoir que son partenaire communique beaucoup quant au stress de la maladie ;
- mettre en œuvre de nombreuses stratégies d’adaptation dyadique communes.

Analyses croisées des variables des partenaires et de la satisfaction sexuelle des patients

La satisfaction sexuelle du patient est significativement corrélée aux variables relatives au partenaire : satisfaction du soutien du partenaire ($r = 0,592, p < 0,05$) et qualité de la communication ($r = 0,643, p < 0,05$) (Tableau 5).

Tableau 4 Corrélation entre les variables des patients et la satisfaction sexuelle des partenaires			Partenaires
			Satisfaction sexuelle
Patients	Satisfaction–soutien du partenaire	Coefficient de corrélation	0,309
		Significativité bilatérale	0,304
	Communication–personnelle	Coefficient de corrélation	0,412
		Significativité bilatérale	0,162
	Communication–partenaire	Coefficient de corrélation	0,705**
		Significativité bilatérale	0,007
	CD soutien–personnelle	Coefficient de corrélation	0,363
		Significativité bilatérale	0,223
	CD soutien–partenaire	Coefficient de corrélation	0,320
		Significativité bilatérale	0,287
	CD négatif–personnelle	Coefficient de corrélation	–0,186
		Significativité bilatérale	0,544
	CD négatif–partenaire	Coefficient de corrélation	0,139
		Significativité bilatérale	0,651
	CD délégué–personnelle	Coefficient de corrélation	0,016
		Significativité bilatérale	0,960
	CD délégué–partenaire	Coefficient de corrélation	0,435
		Significativité bilatérale	0,137
	CD gestion–commun	Coefficient de corrélation	0,771**
		Significativité bilatérale	0,002

CD = coefficient de corrélation
 ** $p < 0,01$

En d'autres termes, les patients sont plus satisfaits de leur sexualité lorsque le partenaire semble :

- être lui-même satisfait du soutien reçu par le patient ;
- communiquer beaucoup quant au stress de la maladie.

Discussion

Facteurs favorisant l'ajustement sexuel des patients et des partenaires

Le soutien social et les stratégies d'adaptation dyadique sont liés à l'adaptation sexuelle des couples.

Soutien social et ajustement sexuel

La satisfaction du soutien du partenaire semble être liée à la satisfaction sexuelle des patients. Plus précisément, les patients qui sont satisfaits du soutien de leur partenaire sont également satisfaits de leur sexualité. De même, lorsque leur conjoint est satisfait du soutien que le patient leur apporte, les patients rapportent aussi une plus grande satisfaction sexuelle. Cependant, nous n'observons pas ces relations chez les partenaires. Or, il a été constaté que le soutien du

partenaire favorise l'adaptation émotionnelle, mais aussi l'adaptation sexuelle dans plusieurs études sur le cancer du sein [36].

L'implication émotionnelle des partenaires, mesurée à la fois par le soutien émotionnel et les stratégies d'adaptation de soutien, permet à chacun de s'engager dans la relation et de maintenir l'intimité sexuelle [37–39]. Un soutien émotionnel de qualité va alors renforcer l'estime de soi et réduire le sentiment d'impuissance, ce qui favorise une meilleure adaptation à la maladie [36,40].

Communication au sein du couple et ajustement sexuel

La communication rapportée et perçue par les patients n'est pas liée à leur propre satisfaction sexuelle. Ainsi, le fait que le patient communique peu ou beaucoup et qu'il perçoive que son partenaire communique peu ou beaucoup ne sera pas lié à sa propre satisfaction sexuelle. Il convient toutefois de noter que les patients communiquent plus fréquemment en couple, ce que l'on retrouve également dans la littérature : les patients partagent plus volontiers leur vécu de la maladie, alors que les proches semblent, quant à eux, retenir leurs émotions et leurs besoins pour ne pas les faire porter au patient [41].

Tableau 5 Corrélation entre les variables des partenaires et la satisfaction sexuelle des patients			Patients
			Satisfaction sexuelle
Partenaires	Satisfaction–soutien du partenaire	Coefficient de corrélation	0,592*
		Significativité bilatérale	0,033
	Communication–personnelle	Coefficient de corrélation	0,643*
		Significativité bilatérale	0,018
	Communication–partenaire	Coefficient de corrélation	0,344
		Significativité bilatérale	0,250
	CD soutien–personnelle	Coefficient de corrélation	0,329
		Significativité bilatérale	0,273
	CD soutien–partenaire	Coefficient de corrélation	0,263
		Significativité bilatérale	0,384
	CD négatif–personnelle	Coefficient de corrélation	–0,133
		Significativité bilatérale	0,664
	CD négatif–partenaire	Coefficient de corrélation	0,261
		Significativité bilatérale	0,389
	CD délégué–personnelle	Coefficient de corrélation	0,171
		Significativité bilatérale	0,576
	CD délégué–partenaire	Coefficient de corrélation	0,017
		Significativité bilatérale	0,955
CD gestion–commun	Coefficient de corrélation	0,472	
	Significativité bilatérale	0,104	

CD = coping dyadique
 * $p < 0,05$

Les recherches sur la communication de couple se sont concentrées sur la relation entre la communication et la dépression et ont surtout évalué les couples dans le contexte du cancer du sein [42–44]. Chez les patients, la fréquence de la communication est négativement liée à leur détresse émotionnelle. Une discordance entre les partenaires dans la fréquence et l’intensité de la communication augmente en outre la détresse dans le couple [44,45]. Ainsi, une détresse émotionnelle importante pourrait expliquer que la communication ne soit pas liée à la satisfaction sexuelle. De même, le décalage entre ce qui est communiqué par l’un et ce qui est perçu par l’autre augmente ici aussi les insatisfactions relationnelles.

De la même manière, les partenaires sont très sensibles à la communication au sein du couple pour s’ajuster sexuellement. Il semble à nouveau que les échanges autour de la maladie et de ses répercussions soient liés à la satisfaction sexuelle des partenaires. Perz et al. [2] avaient en effet souligné que la communication était un prédicteur de la satisfaction sexuelle des partenaires, hommes et femmes, quel que soit le cancer. Elle permet également de modifier les comportements sexuels, de renégocier les attentes au sein du couple et offre la possibilité de créer des alternatives dans l’intimité sexuelle [28–30]. La communication des partenai-

res dans notre étude renforce probablement les stratégies d’adaptation par la restructuration cognitive.

Stratégies de coping dyadique et ajustement sexuel

À notre connaissance, aucune étude n’a évalué la satisfaction sexuelle en relation avec les SCD, que ce soit dans le cancer du côlon ou dans d’autres formes de cancer. Notre recherche est donc la première et fournit des informations intéressantes pour la pratique clinique.

Les SCD de soutien et communes sont liées à l’ajustement sexuel des patients et des partenaires. Les stratégies de soutien comprennent toutes les formes de soutien apportées par l’un des partenaires pour aider l’autre à faire face à une situation stressante ; les stratégies communes correspondent à la recherche par les deux partenaires de moyens de résoudre ensemble la situation. Ces stratégies favorisent la dimension d’unité au sein du couple, le cancer étant abordé comme une difficulté du couple (« we-ness ») [14,46,47]. Cette perception permet aux couples de mettre en place un plus grand nombre de stratégies de soutien et très peu de stratégies négatives. Les couples se sentent alors engagés l’un envers l’autre pour traverser la maladie (ou tout autre événement de la vie). Cet engagement mutuel favorise la

satisfaction relationnelle [6,48] et semble également être lié à la satisfaction sexuelle dans notre échantillon de couples.

Enfin, les SCD déléguées comme négatives ne sont pas liées à l'adaptation sexuelle. En d'autres termes, le fait de déléguer ou d'aider son partenaire dans les tâches qu'il ne peut pas accomplir ne joue pas de rôle dans la satisfaction sexuelle des couples ; cela devrait cependant limiter la fatigue ressentie par les patients, laissant plus de temps et d'espace pour une activité sexuelle plus fréquente. De même, un comportement hostile ou ambivalent de la part du patient ou du partenaire ne joue pas de rôle non plus.

Limites de l'étude

Ce travail présente des limites que nous souhaitons discuter. Tout d'abord, l'inclusion des patients dès le diagnostic de cancer reste laborieuse, que ce soit pour des essais cliniques médicaux ou des études psychosociales. Le choc du diagnostic, l'angoisse de mort, l'anxiété préthérapeutique et l'incertitude quant à l'avenir limitent probablement ces inclusions. De plus, le recrutement des couples n'est pas aisé. Les études dyadiques sont souvent confrontées à un faible taux de participation des couples [49,50].

En outre, il existe aussi un effet de sélection, puisque les partenaires sont recrutés par l'intermédiaire des patients. Même s'il reste cliniquement pertinent d'essayer d'identifier les facteurs qui favorisent une bonne adaptation des couples à la maladie, nous sommes conscients que l'interélectivité du partenaire pour entrer dans l'étude peut représenter un biais important influant sur l'aspect positif des stratégies dyadiques de couple face au cancer.

Enfin, le thème de la sexualité est un obstacle supplémentaire, étant un tabou en soi. En effet, parler de sexualité reste difficile, tant pour les patients que pour les soignants [51]. Le nombre de couples inclus dans notre recherche est ainsi limité. Il est donc difficile de généraliser nos résultats à tous les patients atteints de cancer du côlon et à leurs partenaires. Cela réduit également la puissance statistique, limite le choix de nos analyses et nécessite donc une attention dans l'interprétation des résultats.

Perspectives de l'étude

Travailler avec le couple

Les résultats de notre étude nous invitent à réfléchir à l'accompagnement des couples autour des thèmes de la communication, du soutien et de la gestion dyadique du stress. Les deux partenaires ont parfois besoin de conseils pour mieux se soutenir mutuellement. La majorité des interventions pour les couples, recensées dans la littérature, sont axées sur l'amélioration de la communication entre les partenaires et le développement de compétences pour soutenir

l'adaptation à la maladie et au traitement, comme la gestion du stress dyadique, les techniques de relaxation ou la recherche d'informations [52,53]. Il serait également logique de soutenir l'adaptation conjugale et sexuelle des couples pendant le cancer du côlon.

Information, conseil, soins spécifiques à la sexualité

Les patients comme les partenaires se sentent souvent seuls et désemparés face aux questions sur leur santé sexuelle. L'attention portée à la santé sexuelle implique la capacité de répondre aux questions courantes, car un manque de connaissances peut contribuer à l'apparition de difficultés sexuelles ou à l'arrêt total de la sexualité [54].

Lorsque des difficultés sexuelles apparaissent ou que la satisfaction sexuelle diminue, la Société européenne de médecine sexuelle suggère un moyen de soutenir les couples en détresse [55] :

- normaliser la variation du désir sexuel, informer sur l'évolution naturelle du désir sexuel et démystifier la question du désir sexuel spontané ;
- souligner la nature dyadique des troubles sexuels et soutenir les difficultés relationnelles si elles existent ;
- promouvoir une communication sexuelle ouverte et aider à développer des scénarios sexuels partagés qui satisfieront les deux partenaires.

Ces suggestions s'appliquent à la population générale, mais elles peuvent aussi très bien s'appliquer à la prise en charge du cancer du côlon en particulier.

Un point nous intéresse particulièrement, qui semble pertinent lorsque la maladie devient chronique ou lorsque les effets du traitement se prolongent : l'apprentissage d'une « nouvelle sexualité » en redéfinissant la question même de la sexualité ou de l'acte sexuel, et en étant flexible dans l'approche de la sexualité [28,56]. Cela nécessite également une meilleure compréhension du « nouveau » corps, des sensations, de la relation, qui peut être proposée grâce à des approches sexologiques, comme celle proposée par Masters et Johnson par exemple. Ces deux chercheurs ont développé une technique pour traiter les troubles sexuels, quels qu'ils soient, en se focalisant sur les sensations du corps, sur la recherche de ce qui apporte du plaisir sans passer uniquement par la sphère génitale [57]. Leur traitement propose une association de psychothérapie, de thérapie cognitive et d'éducation sexuelle (pour plus d'informations, nous vous invitons à lire leur livre *Human sexual inadequacy* qui décrit la prise en charge). Elle ne pourrait pas être appliquée telle quelle à un service d'oncologie tant elle est complète et longue, mais il est possible de s'inspirer de leur méthode pour proposer un accompagnement adapté aux couples.

Conclusion

Ce travail est l'une des premières études en France à examiner l'adaptation sexuelle des patients atteints de cancer du côlon et de leurs partenaires.

Le cancer du côlon est l'un des cancers les plus fréquemment diagnostiqués dans le monde, pour lequel le dépistage et le traitement permettent actuellement une survie plus longue. Cependant, tous les traitements disponibles aujourd'hui entraînent une altération significative de la qualité de vie des patients et des partenaires. Le couple va subir de plein fouet la maladie, modifiant souvent son fonctionnement. Ces répercussions globales vont persister longtemps, que le patient soit sous traitement de longue durée ou en rémission. Il nous a semblé nécessaire de nous intéresser au vécu sexuel de ces couples confrontés à la maladie.

Nous avons constaté que les patients atteints de cancer du côlon rapportent une altération de leur satisfaction sexuelle. Ces altérations persistent dans le temps et nécessitent une prise en charge spécialisée dès le début du traitement. D'un point de vue transactionnel, patients et partenaires rapportent la présence d'un réseau de soutien social satisfaisant, le conjoint étant la source de soutien la plus satisfaisante pour les patients. Le soutien du partenaire est donc mis en avant tant pour le patient que pour le conjoint et est lié à une meilleure adaptation des couples.

Parallèlement, la gestion du stress au sein du couple est également une variable importante dans l'ajustement du patient et du conjoint [58]. Premièrement, la communication entre les partenaires concernant les besoins individuels et l'attention portée à l'autre est assez élevée et fréquente. Elle a des effets positifs surtout lorsqu'elle est perçue correctement et qu'elle correspond aux besoins de l'autre. La majorité des couples rapportent des comportements positifs, favorisant la gestion conjointe de la maladie et des traitements. Les comportements négatifs sont plus rarement mis en place et restent associés à une altération de l'ajustement sexuel. L'ensemble de ces résultats est également retrouvé dans la littérature concernant l'ajustement émotionnel global, notamment dans le cadre du cancer du sein [49,59].

La satisfaction sexuelle des couples est très fortement liée à la satisfaction du soutien du partenaire et des stratégies d'adaptation dyadique soit directement, soit par l'intermédiaire du partenaire. Gérer le stress de la maladie et du traitement en couple et percevoir le partenaire comme une source de soutien satisfaisante est particulièrement bénéfique pour la satisfaction conjugale [60]. Cette étude est la première à noter que ces variables sont également liées à la satisfaction sexuelle chez les couples dont un membre est atteint d'un cancer du côlon.

Ainsi, une dimension importante émerge de notre recherche, le cancer du côlon affecte le couple en tant qu'unité.

L'interdépendance des partenaires touche à la fois le soutien et les processus d'adaptation au sein du couple. La relation de couple est également une ressource dans l'ajustement à la maladie des patients et de leurs partenaires, cela doit être pris en compte dans le soutien qui leur est offert.

Références

- INCa (2017) Les cancers en France en 2016. L'essentiel des faits et des chiffres, INCa, Boulogne-Billancourt. https://www.e-cancer.fr/content/download/183576/2424633/file/Les_cancers_en_France_en_2016_L_essentiel_des_faits_et_chiffres_mel_20170203.pdf
- Perz J, Ussher JM, Gilbert E, et al (2014) Feeling well and talking about sex: psychosocial predictors of sexual functioning after cancer. *BMC Cancer* 14:228
- Baider L, Kaufman B, Peretz T, et al (1996) Mutuality of fate: adaptation and psychological distress in cancer patients and their partners. In: Baider L, Cooper CL, KaplanDe-nour A (eds) *Cancer and the family*. Wiley, New York, pp 173–87
- Pitceathly C, Maguire P (2003) The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *Eur J Cancer* 39:1517–24
- Stuhlfauth S, Melby L, Hellesø R (2018) Everyday life after colon cancer: the visible and invisible challenges. *Cancer Nurs* 41:E48–E57
- Acitelli LK, Badr HJ (2005) My illness or our illness? Attending to the relationship when one partner is ill. In: Revenson TA, Kayser K, Bodenmann G (eds) *Couples coping with stress: emerging perspectives on dyadic coping*. American Psychological Association, Washington, DC, pp 121–36
- Proia-Lelouey N, Lemoigne S (2012) Couples face au cancer. *Dialogue* 197:69–79
- Delage M, Lejeune A, Delahaye A (2017) Pratiques du soin et maladies chroniques graves : approche systémique et résilience. De Boeck supérieur, Louvain-la-Neuve
- Stern DN (2004) *The present moment in psychotherapy and everyday life*. WW Norton and Company, New York, NY
- Bodenmann G (2005) Dyadic coping and its significant for marital functioning. In: Revenson T, Kayser K, Bodenmann G (eds) *Couples coping with stress: emerging perspectives on dyadic coping*. American Psychological Association, Washington, DC, pp 33–50
- Randall AK, Bodenmann G (2009) The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clin Psychol Rev* 29:105–15
- Randall AK, Bodenmann G (2017) Stress and its associations with relationship satisfaction. *Curr Opin Psychol* 13:96–106
- Story LB, Bradbury TN (2004) Understanding marriage and stress: essential questions and challenges. *Clin Psychol Rev* 23:1139–62
- Kayser K, Watson LE, Andrade JT (2007) Cancer as a "we-disease": examining the process of coping from a relational perspective. *Fam Syst Health* 25:404–18
- Hagedoorn M, Sanderman R, Bolks HN, et al (2008) Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychol Bull* 134:1–30
- Nuytten M, Faugeras L, D'Hondt L (2018). Cancer et sexualité. <https://www.louvainmedical.be/sites/default/files/content/article/pdf/lmed-08-2018-07-nuytten.pdf>
- Varela VS, Nelson CJ, Bober SL (2019) Sexual problems. In: De Vita VT Jr, Lawrence TS, Rosenberg SA (eds) *Cancer: principles and practice of oncology* (11th Edition). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp 2220–8
- Stulz A, Lamore K, Montalescot L, et al (2020). Sexual health in colon cancer patients: a systematic review. *Psychooncology* 29:1095–104

19. Trudel G (2000) Sexualité et maladie (chapitre 21). In: Trudel G (ed) Les dysfonctions sexuelles, évaluation et traitements. PUQ, Québec, pp 495–529
20. Wisard M (2008) Cancer et sexualité masculine. *Rev Med Suisse* 6:2618–23
21. Krok J, Baker T, McMillan S (2013) Sexual activity and body image: examining gender variability and the influence of psychological distress in cancer patients. *J Gend Stud* 22:409–22
22. Ussher JM, Perz J, Gilbert E; Australian Cancer and Sexuality Study Team (2015) Perceived causes and consequences of sexual changes after cancer for women and men: a mixed method study. *BMC Cancer* 15:268
23. Préau M, Bouhnik AD, Mancini J, Rey D (2008) Les difficultés sexuelles à la suite de la maladie et des traitements. In: INCa (ed) La vie deux ans après un diagnostic de cancer — De l'annonce à l'après-cancer. Collection Études et enquêtes, Paris
24. Ben Charif A, Bouhnik AD, Courbière B, et al (2016) Sexual health problems in French cancer survivors 2 years after diagnosis—the National VICAN survey. *J Cancer Surviv* 10:600–9
25. Traa MJ, De Vries J, Roukema JA, Den Oudsten BL (2012) Sexual (dys)function and the quality of sexual life in patients with colorectal cancer: a systematic review. *Ann Oncol* 23:19–27
26. Averyt JC, Nishimoto PW (2014) Addressing sexual dysfunction in colorectal cancer survivorship care. *J Gastrointest Oncol* 5:388–94
27. Schover LR, van der Kaaij M, van Dorst E, et al (2014) Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer treatment. *EJC*:41–53
28. Hawkins Y, Ussher J, Gilbert E, et al (2009) Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer: the experience of partners in a sexual relationship with a person with cancer. *Cancer Nurs* 32:271–80
29. Gilbert E, Ussher JM, Hawkins Y (2009) Accounts of disruptions to sexuality following cancer: the perspective of informal carers who are partners of a person with cancer. *Health* 13:523–41
30. Gilbert E, Ussher JM, Perz J (2010) Renegotiating sexuality and intimacy in the context of cancer: the experiences of carers. *Arch Sex Behav* 39:998–1009
31. Sendur MAN, Aksoy S, Ozdemir NY, et al (2014) Evaluation of erectile dysfunction risk factors in young male survivors of colorectal cancer. *J BUON* 19:115–23
32. Den Oudsten BL, Traa MJ, Thong MS, et al (2012). Higher prevalence of sexual dysfunction in colon and rectal cancer survivors compared with the normative population: a population-based study. *Eur J Cancer* 48:3161–70
33. Fish D, Temple LK (2014) Functional consequences of colorectal cancer management. *Surg Oncol Clin N Am* 23:127–49
34. Bruchon-Schweitzer M (2001) Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers* 67:68–83
35. Bodenmann G (2008) Dyadic coping and the significance of this concept for prevention and therapy. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 16:108–111
36. Kinsinger SW, Laurenceau JP, Carver CS, Antoni MH (2011) Perceived partner support and psychosexual adjustment to breast cancer. *Psychol Health* 26:1571–88
37. Wimberly SR, Carver CS, Laurenceau JP, et al (2005). Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: impact on psychosocial and psychosexual adjustment. *J Consult Clin Psychol* 73:300–11
38. Sheppard LA, Ely S (2008) Breast cancer and sexuality. *Breast J* 14:176–81
39. Fischer N, Træen B, Štulhofer A, et al (2020) Mechanisms underlying the association between perceived discrepancy in sexual interest and sexual satisfaction among partnered older adults in four European countries. *Eur J Ageing* 17:151–62
40. Helgeson VS, Cohen S (1996) Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychol* 15:135–48
41. Porter LS, Keefe FJ, Hurwitz H, Faber M (2005) Disclosure between patients with gastrointestinal cancer and their spouses. *Psychooncology* 14:1030–42
42. Manne SL, Norton TR, Ostroff JS, et al (2007) Protective buffering and psychological distress among couples coping with breast cancer: the moderating role of relationship satisfaction. *J Fam Psychol* 21:380–8
43. Hinnen C (2016) Adaptation to cancer from the perspective of attachment theory. In: Hunter J, Maunder R (eds) Improving patient treatment with attachment theory: a guide for primary care practitioners and specialists, Springer International Publishing, Switzerland
44. Boinon D, Charles C, Dauchy S, et al (2011) Les effets de l'expression émotionnelle sur l'ajustement au cancer : une revue systématique de la littérature. *Psycho-Oncologie* 5:173
45. Bissler L, Chahraoui K (2012) Communication conjugale autour du cancer de la prostate et détresse psychologique des patients. *Psycho-Oncologie* 6:145–50
46. Skerrett K (1998) Couple adjustment to the experience of breast cancer. *Fam Syst Health* 16:281–98
47. Skerrett K (2003) Couple dialogues with illness: expanding the “we”. *Fam Syst Health* 21:69–80
48. Ahmad S, Fergus K, Shatokhina K, Gardner S (2017) The closer “We” are, the stronger “I” am: the impact of couple identity on cancer coping self-efficacy. *J Behav Med* 40:403–13
49. Segrestan-Crouzet C (2010) Évolution et différences dans l'ajustement des couples au cancer du sein : rôle des facteurs psychosociaux et influence réciproque des deux membres de la dyade. Theses.fr, ID : 10670/1.fc49hq
50. Hagedoorn M, Dagan M, Puterman E, et al (2011) Relationship satisfaction in couples confronted with colorectal cancer: the interplay of past and current spousal support. *J Behav Med* 34:288–97
51. Annerstedt CF, Glasdam S (2019) Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health—A qualitative study from the perspectives of oncological nurses. *J Clin Nurs* 28:3556–66
52. McLean LM, Jones JM, Rydall AC, et al (2008) A couples intervention for patients facing advanced cancer and their spouse caregivers: outcomes of a pilot study. *Psychooncology* 17:1152–6
53. Regan TW, Lambert SD, Girgis A, et al (2012) Do couple-based interventions make a difference for couples affected by cancer? A systematic review. *BMC Cancer* 12:279
54. Ramseyer Winter V, Gillen MM, Kennedy AK (2018) Associations between body appreciation and comfort communicating about sex: a brief report. *Health Commun* 33:359–62
55. Marieke D, Joana C, Giovanni C, et al (2020). Sexual desire discrepancy: a position statement of the European Society for Sexual Medicine. *Sex Med* 8:121–31
56. Reese JB, Keefe FJ, Somers TJ, Abernethy AP (2010) Coping with sexual concerns after cancer: the use of flexible coping. *Support Care Cancer* 18:785–800
57. Masters WH, Johnson VE (1970) Human sexual inadequacy. Little, Brown and Company, New York
58. Untas A, Quintard B, Koleck M, et al (2009) Impact de la gestion dyadique du stress sur l'ajustement à une reconstruction mammaire différée après cancer. *Ann Medico-Psychol* 167:134–41
59. Stulz A, Boinon D, Dauchy S, et al (2014) Ajustement psychologique des couples confrontés à un cancer du sein : perceptions des comportements de soutien du conjoint. *Bull Cancer* 101:690–7
60. Rusu PP, Nussbeck FW, Leuchtman L, Bodenmann G (2020) Stress, dyadic coping, and relationship satisfaction: a longitudinal study disentangling timely stable from yearly fluctuations. *PLoS One* 15:e0231133