

**PERCEPTION DE CONTRÔLE ET STRATÉGIES DE COPING
CHEZ DES FEMMES MALGACHES ATTEINTES DE CANCERS FÉMININS**

**Saraha Randriamorasoa¹, Caroline Dugal²⁻³, Patricia Eid⁴,
Gaëlle Cyr², Olivier Rakotomalala¹ et Claude Bélanger²**

¹Université Catholique de Madagascar, ²Université du Québec à Montréal,

³ Université de Sherbrooke, ⁴Université Notre Dame (Louaize, Liban)

Les cancers féminins constituent un important facteur de décès à Madagascar en raison d'un taux de prise en charge médicale qui est relativement bas. Les liens entre perceptions et coping dans le cas d'un stress chronique comme celui qui est présent dans le cancer féminin sont mis en perspective dans le contexte social de Madagascar où les cancers, et plus encore les cancers féminins, peuvent être considérés comme un châtement divin. L'ostracisme et la stigmatisation dont peuvent être victimes les personnes atteintes de cancer peuvent engendrer chez ces dernières une difficulté à s'adapter à la maladie. Cette investigation est donc faite en tenant compte de ce contexte psychosocial particulier propre à Madagascar. Ces difficultés sont examinées à la lumière des modèles explicatifs des mécanismes d'adaptation au stress chronique qui proposent l'existence de liens entre les perceptions d'un individu et les stratégies de coping qu'il utilise. L'objectif de cette étude est donc d'investiguer la relation entre le contrôle perçu et les stratégies de coping chez les femmes malgaches diagnostiquées avec un cancer mammaire ou gynécologique ($n = 55$), en tenant compte du contexte psychosocial particulier propre à Madagascar. Une étude à devis corrélational a été mise en place pour évaluer les niveaux de stress, de contrôle, de soutien social perçu et les stratégies de coping. Les variables sous étude ont été mesurées au moyen des questionnaires suivants qui ont été traduits en malgache: *Cancer Locus of Control Scale*, *Perceived Stress Scale*, *Questionnaire de soutien social* et *Brief COPE*. Les résultats montrent des liens positifs, d'une part entre les stratégies de coping émotionnel et la perception de contrôle, et d'autre part entre l'adoption du coping centré sur le problème et le soutien social. De plus, les données permettent de constater la présence de liens entre diverses stratégies de coping. Certains facteurs culturels propres à Madagascar pouvant expliquer ces résultats sont discutés, de même que l'importance des perceptions et du soutien social dans la prise en charge des femmes cancéreuses à Madagascar.

Mots-clés : stress perçu, contrôle perçu, soutien social perçu, coping, cancer féminin, Madagascar.

See end of text for English abstract.

Correspondance : Claude Bélanger, Département de psychologie, UQAM, C.P. 8888, succ. Centre-ville, Montréal (Qc) H3C 3P8 Canada, belanger.claude@uqam.ca

© 2020. Association Scientifique pour la Modification du Comportement. Tous droits réservés. www.science-comportement.org

Introduction

À Madagascar, 54,14% des patients souffrant de cancer sont des femmes, et les cancers féminins priment sur les autres types de cancer. En 2011, les chiffres fournis par le premier service en oncologie de Tananarive, le CHU-JRA, révèlent que les cancers mammaires et gynécologiques constituent 50% de tous les cas de cancers enregistrés, avec une prédominance des cancers du sein (66,6%) et du col de l'utérus (29,7%). Selon ces données estimatives, sur 1799 nouveaux cas de cancers mammaires, on rapporte un haut taux de mortalité, soit 884 cas de décès (49%). Le taux de mortalité est encore plus important pour le cancer de l'utérus, soit 1870 cas de décès pour 3371 nouveaux cas diagnostiqués, ce qui représente une fatalité de 55% (Globocan 2012). Pour les femmes avec un diagnostic de cancer gynécologique et mammaire, les répercussions de la maladie sont à la fois médicales, économiques, psychologiques et sociales (Mahar, BrintzenhofeSzoc et Shields, 2008; Suppli *et al.*, 2014), et leur impact serait accentué en l'absence de soutien social perçu (Tejeda *et al.*, 2017). En plus des difficultés financières fréquemment rencontrées lorsqu'elles doivent assumer leur traitement, les femmes atteintes de ces types de cancer se heurtent généralement à du rejet ou à de la stigmatisation sur les plans conjugal et socioprofessionnel, en raison des séquelles personnelles et sociales engendrées par le cancer (Préau *et al.*, 2008). En effet, le deuil des symboles et des représentations de la sexualité, de la féminité, et de la maternité des femmes touchées par les cancers gynécologiques et mammaires (Baize *et al.*, 2008; Willmoth et Ross, 1997) peut être exacerbé chez la femme malgache par une forme d'ostracisme social, puisque les cancers féminins sont souvent perçus à Madagascar comme une forme de châtement pour les punir d'avoir eu des conduites sexuelles répréhensibles ou immorales, ou même comme une sanction pour des actes de sorcellerie qu'aurait commis la femme atteinte.

Face à la gravité des différents impacts et au stress associés à cette maladie, il importe donc d'examiner les facteurs pouvant infléchir les trajectoires d'adaptation des femmes devant faire face à ce type de stresser. Le concept de coping, avancé par Lazarus et Folkman (1984a), s'inscrit dans un modèle transactionnel incluant l'ensemble des processus cognitifs, affectifs et comportementaux permettant aux individus de s'adapter à des circonstances évaluées comme menaçantes pour leur bien-être, ou comme pouvant excéder leurs ressources personnelles. Les cancers féminins, incluant la découverte du diagnostic, les processus de traitement et toutes leurs répercussions, représentent de telles circonstances qui peuvent dépasser les ressources personnelles de la personne et requièrent l'adoption de stratégies de coping pour y faire face (Knobf, 2007).

LES STRATÉGIES DE COPING

Les études menées par Lazarus et Folkman (1984a) ont dégagé deux stratégies principales de coping : d'une part les stratégies permettant de gérer et d'altérer directement la source de stress (coping centré sur le problème) et, d'autre part, celles qui sont responsables de la régulation des réponses émotionnelles engendrées par ce problème (coping centré sur les émotions ou coping émotionnel). Des recherches ultérieures ont démontré l'existence d'autres catégories de coping, telles que le coping religieux visant à orienter le locus de contrôle vers la religion (Cousson-Gélie, Bruchon-Schweitzer *et al.*, 2005 ; Koenig, 1998) ou le coping évitant alors que l'individu concentre ses efforts cognitifs pour échapper à la situation aversive (Suls et Fletcher, 1985).

Selon Lazarus et Folkman (1984a), l'adoption d'une stratégie de coping en particulier serait le résultat des processus d'évaluation subjective de l'événement stressant et de sa propre capacité à faire face à cet événement. L'adoption d'une stratégie de coping pour faire face à un cancer féminin comporterait donc deux étapes : l'évaluation primaire ou le stress perçu, qui consiste à estimer la menace, et l'évaluation secondaire ou le contrôle perçu, qui est caractérisée par l'estimation des ressources à déployer pour faire face à la situation menaçante. Dans le cas du cancer, qui constitue une série de situations stressantes interreliées (Heim, Augustiny, Schaffner et Valach, 1993), les transactions qui existent peuvent être cependant plus complexes.

Les études démontrent que le niveau de stress perçu est déterminant sur le vécu de la maladie et de ses répercussions, puisqu'il affecte chez la personne la perception d'avoir les ressources pour y faire face (Abdollahi *et al.*, 2019 ; Gaugler, *et al.*, 2005). Le niveau de stress perçu et de ressources pour y faire face auraient également un effet sur l'utilisation de stratégies de coping (Abdollahi *et al.*, 2020); ainsi une perception de contrôle élevée serait associée à l'utilisation du coping axé sur la recherche de solutions (Caplan & Schooler, 2007 ; Seligman, 1975), tandis qu'un niveau de stress perçu élevé

induirait la mise en place d'une stratégie visant à réguler les émotions engendrées par le stresser (Folkman, 1997 ; Zakowski, Hall, Klein et Baum, 2001).

PERCEPTION DE CONTRÔLE ET STRATÉGIES DE COPING

Le concept de contrôle perçu s'apparenterait au fait de croire que l'évolution de la maladie dépend soit de facteurs internes (c.-à-d., comportements personnels, style de vie), soit de facteurs externes (c.-à-d., personnel soignant, famille). Cette perception de contrôle affecterait également l'adoption de stratégies de coping : un sentiment de contrôle interne élevé sur la maladie serait lié à l'adoption de coping focalisé sur le problème alors que, face à une réaction émotionnelle importante, les stratégies de régulation des émotions seraient favorisées (pour une revue systématique, voir Richardson, Schüz, Sanderson, Scott et Schüz, 2017). Par exemple, plus une femme avec cancer du sein percevrait un niveau de contrôle interne élevé face à sa maladie, plus elle déploierait un esprit combatif et s'ajusterait davantage sur le plan psychosocial (Lin et Tsay, 2005). Or les individus qui associeraient le contrôle de leur maladie à des personnes en position de contrôle seraient généralement disposés à déployer des stratégies de coping évitantes plutôt que centrées sur le problème (Sharif et Khanekharab, 2017). Au même titre, Burns et Mahalik (2006) révèlent dans leurs études que les personnes malades de cancer qui croient au pouvoir qu'ont les autres sur eux, plus qu'à leur propre maîtrise sur leur environnement, ont moins d'espoir et de maîtrise sur la situation vécue lorsque leur stress est très prononcé. Par ailleurs, la stratégie axée sur le contrôle religieux, qui consiste à imputer la survenue et l'évolution de la maladie à une volonté divine, semble être associée positivement aux stratégies de coping centrées sur le problème et être également associée négativement à l'utilisation de stratégies de coping évitantes (Umezawa *et al.*, 2012). Ce type de coping religieux constitue un facteur de protection face au stress ressenti par les patientes atteintes de cancer du sein (Sherman *et al.*, 2001). Le stress perçu serait en effet, selon ces auteurs, corrélé négativement au contrôle religieux chez des femmes atteintes de cancer.

Dans leur revue de 11 études longitudinales étudiant les stratégies de coping chez les patientes atteintes de cancer du sein, Brandão, Schulz et Matos (2017) ont observé que le coping évitant était associé à davantage de détresse psychologique et de symptômes dépressifs, alors que le coping axé sur le problème et le coping religieux étaient associés à une meilleure qualité de vie, à moins de détresse psychologique et à moins de symptômes dépressifs. L'utilisation de stratégies de coping centrées sur les émotions agirait en outre comme médiateur dans la relation entre le nombre d'événements stressants vécus par les patientes atteintes du cancer et leur détresse psychologique face au cancer (Langford *et al.*, 2017).

LE SOUTIEN SOCIAL PERÇU

Le soutien social perçu consiste en une évaluation cognitive et émotionnelle que fait la personne à l'égard du

soutien reçu de la part d'autrui (Barrera, 1981 ; Streeter et Franklin, 1992). Ce soutien perçu peut être aux niveaux informationnel, émotionnel ou instrumental. Le soutien social constitue donc une ressource psychologique pouvant faire varier la perception de contrôle (Gerstorf, Röcke et Lachman, 2011) et l'ajustement qu'auront les patients face à leur maladie (Pruyn et al, 1988). En effet, un bon soutien social perçu serait lié à un esprit combatif et à un meilleur ajustement émotionnel face au cancer. Il serait de ce fait serait corrélé négativement avec le sentiment d'impuissance et avec le fatalisme (Zhou *et al.*, 2010). Les patientes atteintes de cancer du sein qui perçoivent recevoir davantage de soutien social rapporteraient une meilleure qualité de vie et moins de symptômes dépressifs (Kugbey, Asante et Meyer-Weitz, 2019), alors que celles qui se sentent davantage isolées rapporteraient plus d'anxiété (Brandão *et al.*, 2017). Les patientes avec un moins bon soutien social auraient tendance à moins bien adhérer au traitement, ce qui pourrait être expliqué en partie par une augmentation de leurs symptômes dépressifs en raison de cet isolement (Bright et Stanton, 2018).

Ozdemir et Tas Arslan (2018) ont montré que les patientes avec un cancer du sein qui évaluaient le soutien social reçu comme satisfaisant utilisaient davantage de stratégies de coping centrées sur le problème et présentaient une meilleure gestion du stress. Par ailleurs, le fait de rapporter un soutien social plus faible et l'utilisation de stratégies de coping passives et évitantes a été mis en relation avec un déclin plus rapide de la qualité de vie au fur et à mesure de l'évolution du cancer (Durá Ferrandis *et al.*, 2017). Devine et ses collègues (2003) suggèrent en outre que le soutien social a un effet atténuant sur la relation négative entre les pensées intrusives et l'évitement d'une part et les comportements adaptés face à un événement stressant d'autre part. Ainsi un niveau de support social suffisant et satisfaisant peut-il augmenter chez la personne son sentiment de contrôle, en réduisant les traits anxio-dépressifs présents chez elle (Friedman *et al.*, 2006).

Les recherches s'accordent néanmoins pour dire que l'adoption de stratégies de coping en général sont relatives, et c'est d'autant plus le cas en situation de stress spécifique vécu pendant la maladie (Carver *et al.*, 1989 ; Stone et Neale, 1984) ; elles sont tantôt guidées par les caractéristiques cognitives et conatives des individus (Terry, 1994), ou en fonction des caractéristiques propres à la situation stressante (Ben-Porath et Tellegen, 1990).

Sachant que l'appartenance culturelle et les représentations collectives occupent un rôle prépondérant dans la perception et le vécu individuels de la maladie (Leventhal et al, 1980 :), nous nous sommes penchés sur la nature du lien existant entre perception et coping chez les femmes malgaches atteintes d'une maladie qui est encore négativement considérée par la société malgache, le cancer gynécologique. Notre intérêt se porte sur le fait de voir si le lien robuste entre le support social et les

stratégies de coping tel qu'il a été établi dans des sociétés occidentales est applicable dans une société qui impute une certaine faute ou à tout le moins une responsabilité à la femme diagnostiquée avec un cancer. À notre connaissance, peu d'études portant sur l'aspect psychologique de l'adaptation au cancer et les stratégies de coping ont été menées à Madagascar. Compte tenu la vaste littérature sur le coping, il est donc intéressant d'orienter l'étude sur l'application du modèle de coping de Lazarus et Folkman (1984 b) et d'examiner son application au niveau des transactions actuelles (cognitions, perceptions, émotions) chez des patientes malgaches atteintes de cancer.

Objectifs et hypothèses de l'étude

L'objectif général de la présente recherche est d'étudier les perceptions des femmes malgaches quant à leur contrôle perçu face à leur cancer, leur soutien social perçu et leurs stratégies de coping utilisées face au cancer gynécologique, ainsi que les liens entre ces différentes variables. La modélisation théorique sur laquelle s'appuient ces objectifs est le modèle transactionnel de coping proposé par Lazarus et Folkman (1984). Sachant la spécificité culturelle de la population sous étude, notamment l'importance du « *fihavanana* » au sein de la société malgache, c'est-à-dire l'importance sociale des notions de solidarité et la centralité du lien social très fort qui unit les communautés, nous tentons également de comprendre le rôle du soutien social perçu dans ces diverses transactions.

Notre première hypothèse porte sur la modération par le soutien social dans le lien négatif entre stress perçu et contrôle perçu (H1). Une seconde série d'hypothèses concernent le lien entre les différentes stratégies de coping et la perception du stress et du contrôle. En ce qui concerne les stratégies de coping, un lien positif est attendu entre certaines stratégies de coping centrées sur les émotions (recherche de soutien instrumental, recherche de soutien émotionnel, expressivité), et certaines stratégies de coping centrées sur le problème (planification, coping actif et acceptation). De plus, nous postulons l'existence de relations positives entre l'adoption de stratégies de coping émotionnel et le stress perçu d'une part (H2a) et entre l'adoption des stratégies de coping centrées sur le problème et le contrôle perçu d'autre part (H2b). Plus spécifiquement, nous vérifierons le lien entre l'adoption du coping religieux et la perception du contrôle religieux (H2c).

Méthode

Les participantes ont été recrutées sur une base volontaire auprès du premier Service Oncologie et Radiothérapie de Madagascar, le Centre Hospitalier Joseph Ravoahangy Andrianavalona. Le recrutement s'est fait par le biais de dépliants décrivant l'étude et en approchant individuellement les patientes. Seules les patientes malgaches rapportant un premier cas de cancer gynécologique/mammaire et qui étaient aptes à répondre

aux questionnaires en malgache ont été retenues pour l'étude. Elles étaient invitées à signer le formulaire de consentement avant de remplir les questionnaires. Les questionnaires d'un échantillon de 55 participantes ont été ainsi récoltés. La moyenne d'âge est de 49,89 ans ($\bar{ET} = 11,31$) et 80 % des cas retenus consultaient pour un cancer du sein. Près de 45,50 % des patientes de notre échantillon sont toujours en activité, 16,40 % sont en arrêt de travail, 12,70 % sont retraitées et 25,50 % constituent la cohorte des femmes au foyer. Les femmes mariées occupent une majorité de nos participantes, soit 56,40 %, 32,70 % sont célibataires ou divorcées, 7,30 % sont veuves et 3,60 % sont en relation libre. Chaque femme a en moyenne 2,5 enfants ($\bar{ET} = 1,77$). Un peu plus de la moitié des participantes ($n = 30, 54,5\%$) avaient déjà effectué en moyenne trois séances de chimiothérapie au moment de l'évaluation. La durée moyenne de traitement depuis l'annonce du diagnostic est de 6 à 12 mois.

Instruments de mesure

Les questionnaires de l'étude ont été administrés en malgache, langue maternelle de notre échantillon. Ces derniers ont donc été traduits du français vers le malgache en suivant la méthode de traduction inversée de Vallerand (1989). L'analyse de consistance interne par l'alpha de Cronbach a ensuite permis de juger de la consistance interne de ces traductions.

Le niveau de stress perçu est mesuré par la traduction malgache de la version française du *Perceived Stress Scale* (PSS) (Bellinghassen *et al.*, 2009; Cohen, Kamarck et Mermelstein, 1983). Ce questionnaire présente 10 items et propose au participant d'évaluer à quel point les situations de la vie sont généralement perçues comme menaçantes, imprévisibles et pénibles (p. ex., vous êtes-vous senti irrité parce que des situations échappaient à votre contrôle ?) et de répondre sur une échelle de type Likert à cinq points allant de 1 (Jamais) à 5 (Souvent). La consistance interne du questionnaire dans sa version anglaise originale ($\alpha = 0,86$) et dans sa version française ($\alpha = 0,83$) est démontrée. Pour la version malgache, l'indice de fiabilité se révèle être moins bon ($\alpha = 0,47$ avec suppression de l'item 7). Les scores au questionnaire ont été calculés en additionnant le score à chaque item (à l'exception de l'item 7) pour un total de 45 (50 si l'item 7 n'a pas été retiré). Plus le score est élevé, plus le niveau de stress est élevé.

Le contrôle perçu face à la maladie (cancer) est mesuré par la traduction malgache de la version française du *Cancer Locus of Control Scale* (CLCS Cousson-Gélie *et al.*, 2005 ; Pruyne *et al.*, 1988 ;). L'échelle contient 14 items et évalue en quatre points (1= tout à fait en désaccord à 4= tout à fait d'accord) le degré d'accord sur la perception de contrôle face au cancer. L'échelle est divisée en trois sous-échelles : (1) le contrôle de l'évolution de la maladie constituée de six items (2) le contrôle interne avec cinq items et (3) le contrôle religieux avec trois items. Le score à chacune des échelles est

calculé en additionnant le score à chaque item. Le CLCS a démontré un score de consistance interne suffisant dans sa version anglaise originale (Pruyne *et al.*, 1988), $\alpha = 0,60$, ainsi qu'une stabilité temporelle ($r = 0,65, p < 0,001$). La version malgache a révélé un indice de fidélité satisfaisante, avec un alpha (α variant de 0,76 à 0,79) qui est proche des scores de fidélité de la version française, avec un alpha variant entre 0,72 à 0,76.

Pour mesurer le soutien social, nous avons utilisé la version malgache du *Questionnaire de Soutien social* de Bruchon-Schweitzer et ses collaborateurs (2003). L'échelle est composée de 12 items formant deux sous-échelles : Six items se concentrent sur la disponibilité du soutien social sur une échelle de 1 à 9 pour un score maximal de 54 et six autres items de type Likert, variant de 1 (très satisfait) à 6 (très insatisfait) pour un total de 36, évaluant le degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu. Les deux sous-échelles seront utilisées de façon continue dans les analyses. Un bon indice de consistance interne a été démontré pour le SSQ dans sa version originale ($\alpha = 0,90$ et 0,83), dans sa version française ($\alpha = 0,86$ et 0,87), de même que dans sa version malgache ($\alpha = 0,61$ et 0,88), respectivement pour la disponibilité et la satisfaction.

Les stratégies de coping adoptées pour faire face à la maladie ont été mesurées par le questionnaire traduit en malgache de la version française du *Brief COPE* à 28 items (Muller et Spitz, 2003). Ce test permet d'évaluer 14 stratégies différentes du coping, chacune représentée par deux items. Le répondant utilise une échelle en quatre points allant de 1 (pas du tout) à 4 (tout le temps) dans lequel il indique la fréquence d'utilisation de chaque stratégie présentée. Les réponses obtenues sont additionnées pour chaque dimension du coping. À partir de ces scores manipulés de façon continue, un score supérieur à deux suggérerait le recours à cette stratégie de coping. En 2011, après une analyse factorielle, Hasking et ses collaborateurs (2011) ont donné une classification de 12 stratégies sur les 14 stratégies présentées dans le *Brief cope* : les stratégies de coping centrées sur le problème (coping actif, planification, réinterprétation positive, humour, acceptation), les stratégies de coping émotionnel (recherche de soutien émotionnel, recherche de soutien instrumental, expression des sentiments, blâme), les stratégies évitantes (désengagement comportemental, déni, utilisation de substances), le coping religieux et l'autodistraktion. La validation menée par Muller et Spitz (2003) sur la population a révélé une consistance interne des sous-échelles $\alpha > 0,50$. La fidélité de la version malgache est également démontrée par une valeur des scores α allant de 0,64 à 0,82 pour chaque dimension.

Résultats

Les analyses descriptives des variables de l'étude ainsi que les scores obtenus permettant de mesurer l'adoption des stratégies de coping sont présentées dans le tableau 1. Nous retenons particulièrement l'adoption du

Tableau 1*Tableau descriptif des variables de l'étude*

		<i>M (ÉT)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Stress perçu		30,27 (3,68)		
Contrôle perçu	Contrôle de l'évolution de la maladie	19,38 (2,89)		
	Contrôle interne	11,78 (3,75)		
	Contrôle religieux	9,55 (1,67)		
Soutien social	Disponibilité	30,27 (3,68)		
	Satisfaction	21,05 (11,16)		
Stratégies de coping	Planification	3,19 (0,76)	41	74,54
	Déni	2,17 (0,74)	49	89,09
	Abus de substance	1,04 (0,19)	3	5,45
	Soutien émotionnel	2,20 (0,96)	43	78,18
	Désengagement	1,33 (0,52)	4	7,27
	Religion	3,78 (0,50)	50	90,90
	Acceptation	3,26 (0,69)	42	76,36
	Expressivité	2,17 (1,01)	42	76,36
	Soutien instrumental	2,24 (0,99)	44	80
	Coping actif	3,40 (0,77)	46	83,63
	Optimisme	3,00 (0,85)	7	12,72
	Blâme	2,41 (0,81)	52	94,54
	Humour	1,92 (1,05)	13	23,63
	Distraction	2,3 (1,10)	41	74,54

coping religieux par une large majorité de notre population, de même qu'une bonne satisfaction face au soutien social reçu

Analyses préliminaires

Des analyses préliminaires ont permis d'identification des variables sociodémographiques à contrôler pour le reste des analyses. Ainsi, les variables sociodémographiques continues (âge, nombre de chimiothérapies, durée du traitement) ont été corrélées avec les deux variables principales à l'étude, soit la perception du stress et la perception du contrôle. Aucun lien significatif important n'a été retenu.

En ce qui concerne les différentes variables démographiques catégorielles, des analyses de variance de type ANOVA ont été réalisées entre le type de cancer le type de traitement reçu, le statut professionnel et la situation matrimoniale comme variable indépendante, et le stress perçu d'une part et les types de contrôle perçu d'autre part comme variables dépendantes. Seule la variable « statut professionnel » semblait être notable et sera donc contrôlée dans les analyses subséquentes. Les résultats de ces analyses montrent que le stress perçu est significativement différent pour les modalités de statuts professionnels ($F(18; 36) = 3,18; p = 0,03; \eta^2 = 0,14$). Il en est de même pour la différence de statuts professionnels sur le contrôle interne perçu ($F(18; 36)$

$= 3,89; p = 0,01; \eta^2 = 0,67$). Les femmes demeurant au domicile familial, (les retraitées, les femmes au foyer et celles en arrêt de travail) montrent plus de contrôle interne que celles en activité.

De plus, la normalité des distributions des variables continues ainsi que la linéarité des relations entre celles-ci ont été vérifiées. Le tableau 2 présente ainsi les résultats de ces corrélations.

MODÉRATION PAR LE SOUTIEN SOCIAL DU LIEN ENTRE STRESS PERÇU ET CONTRÔLE PERÇU

Bien que le stress perçu semble entretenir une relation positive avec le contrôle interne et une relation négative avec le contrôle de l'évolution de la maladie et le contrôle religieux, les corrélations entre le niveau de stress perçu et les trois types de contrôle perçu ne sont pas significatives (tableau 2). Toutefois, le contrôle religieux est corrélé positivement et significativement au contrôle de l'évolution de la maladie et au contrôle interne. Ainsi, plus la patiente dirige son locus de contrôle vers une puissance divine plus elle possède de maîtrise interne sur sa maladie et l'évolution de celle-ci.

La première hypothèse, soit l'effet modérateur du soutien social sur la relation entre le stress perçu et le contrôle perçu n'a donc pas pu être vérifié sur notre échantillon étant donné l'absence de lien entre ces deux

Tableau 2*Matrice de corrélation des variables de l'étude*

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1. SP	-,129	,298	-,068	-,171	-,184	,167	-,246	-,058	-,135	,092	,141	,261	,200	,075	-,052	-,057	,155	,135	-,044	
Contrôle perçu																				
2. CEM	1	,178	,614**	,169	,342*	,203	,039	-,053	,195	,012	,146	,031	,121	,018	-,005	-,077	-,103	,106	,046	
3. CI		1	,464**	-,101	,183	,116	-,074	,067	,159	,211	,324**	,300	,401**	,365	-,050	-,038	-,043	,144	-,056	
4. CR			1	,183	,356**	,176	-,140	,053	,060	,042	-,045	-,009	,100	,096	,108	-,289	-,340**	,037	,144	
Soutien social perçu																				
5. S. SP				1	,415**	,401**	,284	,344	,481**	,305*	,161	-,144	,197	-,076	,228	-,156	-,081	,077	-,036	
6. D. SP					1	,380*	,198	,320	439**	,382*	,189	-,090	,179	-,111	,252	-,118	-,173	,110	,046	
Coping centré sur le problème																				
7. Planification						1	,208	,183	,674**	,307*	,310**	,194	,267*	,033	-,150	,340*	-,001	,002	,249	
8. Humour							1	,146	,408**	,280**	,216	,060	,270*	-,029	,192	,492**	,144	,229	,241	
9. Réint, positive								1	,095	-,022	,042	-,134	-,007	,066	,025	,139	,029	,040	,216	
10. Coping actif									1	,385**	,146	,046	,221	-,086	,182	-,179	-,052	,002	,401**	
11. Acceptation										1	,274*	,218	,347**	-,027	,295*	,046	,222	,114	,124	
Coping centré sur les émotions																				
12. Rech. SI											1	,568**	,738**	,453**	,297*	,177	,263	-,08	,268*	
13. Rech. SE												1	,621**	,299*	,080	,097	,249	-,032	,164	
14. Expressivité													1	,424**	,173	,120	,191	-,032	,236	
15. Blâme														1	-,075	,244	-,177	,187	-,223	
Coping évitant																				
16. Dénî															1	-,085	,132	,052	-,036	
17. Abus sub.																1	,469**	,008	,105	
18. DC																	1	-,171	,022	
Coping non classifié																				
19. CR																			1	,036
20. Distraction																				1

*p<0,05. **p<0,01. ***p<0,001. SP : Stress perçu ; CEM : Contrôle de l'évolution de la maladie ; CI : Contrôle interne ; CR : Contrôle religieux, S.SP : Satisfaction soutien perçu, D.SP : Disponibilité soutien perçu, Réint. positive : Réinterprétation positive Rech. SI : Recherche de soutien instrumental, Rech. SE : Recherche de soutien émotionnel, CR : Coping religieux, Abus sub.: Abus de substance toxique.

variables. Cependant, les résultats des analyses de corrélation présentés au tableau 2 révèlent un lien positif modéré entre le soutien social perçu (facteur disponibilité) et le contrôle de l'évolution de la maladie ainsi que le contrôle religieux. Nous remarquons ainsi que le sentiment d'être bien entouré est associé à une perception positive de l'évolution de la maladie et à une croyance religieuse plus importante chez les femmes malgaches cancéreuses.

STRATÉGIES DE COPING, STRESS PERÇU ET CONTRÔLE PERÇU

La deuxième série d'hypothèses, portant sur le modèle de coping de Lazarus et Folkman (1984), propose de tester les liens existants entre les catégories de stratégies de coping adaptées et la perception du stress d'une part et la perception de différents types de contrôle. D'abord, en ce qui concerne le lien entre les stratégies de coping centrées sur les émotions et les stratégies de coping axées sur le problème, les analyses préliminaires de corrélation (tableau 2) montrent des relations significatives entre certaines sous échelles.

Le premier modèle tente de prédire les stratégies d'acceptation ($F(54) = 4,295 ; p < 0,05 ; R^2 = 7,5 \%$) et de planification ($F(54) = 5,640 ; p < 0,05 ; R^2 = 9,6 \%$) qui sont des stratégies de coping centrées sur le problème par la recherche de soutien instrumental (stratégie de coping émotionnel). Ce résultat significatif démontre que les femmes cancéreuses qui ont recours à la recherche d'un soutien plus tangible dans leur vécu de cancer (aides pratique, matérielle et financière) étaient plus capables d'adopter un plan d'action.

Le deuxième modèle tente de vérifier la prédiction des stratégies de coping focalisées sur le problème, acceptation ($F(54) = 7,268 ; p < 0,01 ; R^2 = 12,1 \%$) et humour ($F(54) = 4,166 ; p < 0,05 ; R^2 = 7,3 \%$) par l'expressivité (stratégie de coping émotionnel). Ce résultat significatif montre que les femmes démontrant de l'humour et une acceptation dans le vécu de leur maladie choisissaient plus facilement d'exprimer leurs émotions négatives.

Les analyses de corrélation (tableau 2) ont révélé qu'en plus des stratégies de coping focalisées sur les émotions, d'autres types de coping sont parallèlement corrélés aux stratégies d'ajustement dirigées vers la maladie, dont la distraction et le déni qui sont et respectivement associés à l'acceptation et au coping actif. De même, afin de vérifier les relations entre les stratégies de coping et le stress perçu d'une part et les types de contrôle d'autre part, le tableau 2 permet d'identifier les différentes relations significatives. Le niveau de stress perçu ne semble être associé à aucune des stratégies de coping, laissant suggérer qu'il n'y a pas un patron récurrent de stratégies de gestion du stress par rapport au niveau de stress perçu chez les femmes de notre échantillon.

Ensuite, en ce qui concerne la relation entre les stratégies de coping et les types de contrôle, ici aussi, la plupart des stratégies de coping ne semblent pas corrélées aux trois types de contrôle perçu. Seule la perception d'un contrôle interne s'avère être

positivement reliée aux deux stratégies de gestion : recherche de soutien instrumental et expressivité. La perception de maîtrise du cancer serait ainsi liée aux stratégies qui viseraient à gérer le plan émotionnel par la recherche d'aide tangible de la part de son entourage et l'expression des émotions.

Le résultat le plus intéressant de cette série d'analyses est sans équivoque la stratégie de coping du désengagement comportemental qui est négativement et significativement corrélée avec le coping religieux. Il semblerait donc que plus la patiente est tournée vers la religion, moins elle utilise cette stratégie de coping évitant et, par conséquent, plus elle s'engage sur le plan comportemental. Cela dit, le contrôle religieux n'est pas relié à aucune des stratégies de coping émotionnel, ni spécifiquement au coping religieux, la dernière hypothèse se révélant être rejetée.

Un autre résultat intéressant à noter concerne les corrélations positives significatives entre la satisfaction par rapport au soutien social perçu et les stratégies de coping centrées sur le problème (tableau 2). En effet, il semblerait que pour la plupart de ces stratégies, plus la patiente est satisfaite du soutien social qu'elle reçoit, plus elle est portée à adopter ce genre de stratégies (à l'exception de l'humour et la réinterprétation positive).

Discussion

Notre première hypothèse testant la modération du soutien social sur le lien entre le stress perçu et les modalités de contrôle perçu n'a pas pu être confirmée. Ce résultat ne confirme pas les études effectuées par Kreidler et ses collaborateurs (2007) qui rapportent un impact négatif d'un sentiment de stress sévère sur la perception de maîtrise de sa maladie de type cancer. Ce résultat n'est pas non plus en accord avec les recherches de Cousson-Gélie et ses collaborateurs (2005) qui ont mesuré un effet négatif du contrôle religieux sur le niveau de stress perçu. De même que Ozdemir et Tas Arslan (2018) qui préconisent une meilleure gestion du stress par les femmes percevant un bon soutien social, sachant que dans de nombreuses études, le soutien social constitue une ressource psychologique pouvant faire varier la perception de contrôle (Gerstorff, Röcke et Lachman, 2011). Pour notre étude, le support social perçu (facteur satisfaction) détient plutôt un effet direct sur les types de contrôle (contrôle de l'évolution de la maladie, contrôle religieux).

D'une part, ce résultat pourrait être expliqué par les études réalisées par Lazarus et Folkman (1988) qui ont démontré que les processus d'évaluation ne dépendent pas uniquement de la situation, mais peuvent être également influencés par certaines caractéristiques personnelles (traits de personnalité, croyances) et des variables contextuelles (nature du danger et qualité du soutien social offert). Par son effet direct (sur la maladie) ou indirect (sur la personne face à sa maladie), le soutien social détient un impact sur l'état physique et psychologique de l'individu. De nombreuses recherches montrent que le fait de bénéficier d'un soutien social considérable renforce le sentiment de maîtrise et augmente les ressources perçues (Friedman *et al.*, 2006 ;

Gerstorf *et al.*, 2011), alors que l'absence ou l'insuffisance de soutien constitue un facteur de risque (Kugbey *et al.*, 2019). Notons cependant que l'hypothèse à l'effet qu'une absence de résultats significatifs puisse être due à la taille de notre échantillon qui est somme toute assez faible peut être invoquée.

Au sein de notre échantillon, la variable qui serait plus particulièrement associée à la perception de contrôle interne et à l'évolution de la maladie serait le contrôle religieux. Ce résultat souligne la place prépondérante de la religion chez les Malgaches, qui reconnaissent une divinité primordiale et responsable de tous les aspects de leur vie, dont leur santé, leur richesse et même leur mort (Lupo, 2006). En effet, le fait de croire et de s'aligner aux volontés d'une puissance divine constitue un mode de vie permanent dans la culture malgache (Hübsch *et al.*, 2001). La religion est donc au cœur de la vie à Madagascar et presque tous les Malgaches sont pratiquants. Plus précisément, environ 68 % de la population malgache sont chrétiens (catholiques, protestants, évangéliques, charismatiques, prophétiques et autres pentecôtistes), 12 % sont musulmans et 20 % des gens se regroupent sous les autres religions, dont la religion traditionnelle malgache, les mormons et les hindous. En raison de cette prépondérance du religieux chez les malgaches, les pratiques religieuses seraient fréquemment employées pour faire face au stress (Pargament, 1997). Nos analyses préliminaires ont par ailleurs démontré que la perception de contrôle interne est associée aux caractéristiques individuelles telles que le statut professionnel. Les femmes qui passent plus de temps dans leur foyer (retraitées, femmes au foyer, en arrêt de travail) et qui n'ont pas à gérer les diverses pressions socioprofessionnelles en plus des contraintes liées à la maladie rapportent ainsi un meilleur locus de contrôle interne par rapport à celles qui doivent encore travailler, ce qui implique qu'elles auront plus tendance à considérer que les événements qui les affectent sont le résultat de leurs actions.

L'examen de nos résultats nous montre qu'il existe un lien entre la recherche de soutien instrumental et l'expressivité (stratégies de coping émotionnel) d'une part, et la planification - acceptation - humour (stratégies de coping centrées sur le problème) d'autre part. D'abord, les travaux de Delelis et de ses collaborateurs (2011) défendent l'importance d'associer cette recherche de soutien à l'expression des émotions négatives en révélant que le fait de supprimer l'expressivité refrène la confrontation au problème. Heim, Valach et Schaffner (1997) ont ainsi mis en exergue l'enchaînement des stratégies de coping utilisées par les patients cancéreux, allant du coping émotionnel durant les premiers mois suite à l'annonce du diagnostic, vers une recherche de solutions adaptées en fonction du soutien reçu. D'autres chercheurs ont appuyé le fait que les stratégies de coping adoptées dans le cas de cancer concernent à la fois la résolution de problème et la gestion du choc émotionnel (Bruchon-Schweitzer, 2002). Nous avançons par conséquent la pluralité et la particularité des stratégies de coping utilisées par les

participantes de l'étude face à une succession de situations stressantes, afin d'affronter leur maladie (Cousson-Gélie *et al.*, 1996). Des auteurs comme Lazarus (2001) ont effectivement rejeté le fait que chaque stratégie de coping soit spécialisée et qu'au contraire une même stratégie puisse occuper diverses fonctions, selon les caractéristiques individuelles et la nature de la situation.

Par ailleurs, nous constatons que les stratégies de coping telles que la distraction et le déni étaient liées aux stratégies de coping centrées sur le problème. Ce résultat étonnant mérite notre attention puisque le fait que le déni soit lié à des stratégies de coping centrées sur le problème pourrait sembler de prime abord contre-intuitif. Il est possible que cette prépondérance du déni comme stratégie de coping puisse s'expliquer dans le contexte de la réalité malgache et de la pauvreté relative où vivent la majorité des résidents de Madagascar. Comme les frais pour les traitements pour le cancer sont en général assez coûteux, la prise en charge des cancers à Madagascar demeure un luxe et beaucoup de femmes ont dû vendre une partie de leurs biens pour subvenir aux frais médicaux inhérents à leur cancer (Razafimahatratra, 2018). Ainsi beaucoup de femmes décident d'ignorer ou même de cacher leur maladie pour ne pas avoir à assumer ces charges ni avoir à les infliger à leur entourage. Parallèlement, pour les Malgaches, cette stratégie de déni pourrait s'apparenter au fait de croire aux notions de « *anjara* » (part) et « *vintana* » (destin), une des bases de la culture malgache (Rahajarizafy, 1981) qui favorisent une forme de résignation en raison de cette prépondérance du destin, même face à une situation menaçante. Ces observations pourraient donc être soutenues par des recherches comme celle de Jadouille et ses collaborateurs (2006), qui ont suggéré que le déni se révèle parfois être une stratégie transitoire nécessaire dans le vécu d'événements de vie par ailleurs insupportables.

En lien avec cette observation, un autre résultat qui mériterait d'être souligné est le fait que le coping de distraction soit associé à des stratégies de coping centrées sur le problème (voir tableau 2). Cette association pourrait être expliquée par le fait qu'elle permet à la femme cancéreuse de tolérer, minimiser et ignorer ce qu'elle ne peut pas maîtriser (Bahti, 2010) afin d'être mieux concentrée sur les buts à court terme liés à la fois à la maladie et à la vie en général (Brown *et al.*, 2000). Cette stratégie pourrait dès lors être en lien avec l'aspect fonctionnel du déni dans un contexte de cancer gynécologique à Madagascar.

La seconde série d'hypothèses concerne le lien entre les modalités d'évaluation du cancer par les femmes atteintes de cancer et les types de stratégies de coping qu'elles adoptent, dont le stress perçu d'une part, et les stratégies de coping émotionnel et la perception de contrôle avec les stratégies focalisées sur la maladie d'autre part. Nos postulats ont été infirmés sauf en ce qui a trait au contrôle religieux qui est négativement corrélé au désengagement comportemental. Ce résultat confirme davantage l'important rôle des croyances religieuses dans la vie des Malgaches tel que discuté. Ce

résultat va en outre dans le même sens que ceux d'une étude par Umezawa et ses collègues qui en 2012 ont trouvé un lien entre les croyances religieuses et le coping centré sur le problème chez des femmes plus âgées atteintes du cancer du sein. Selon Pargament et ses collaborateurs (2000), l'expression d'une relation sécurisante avec la religion permet à un individu de donner un sens à sa vie en se servant de ses croyances et ainsi de se «reconnecter» à son vécu.

Le contrôle interne est associé chez les patientes de notre échantillon aux stratégies de coping émotionnel, dont la recherche de soutien instrumental et l'expressivité. Ce résultat n'est pas conforme à ce qui était attendu, mais il demeure quand même aligné avec les études en psychologie de la santé qui ont montré que le contrôle interne est corrélé positivement à l'anxiété et aux stratégies de coping centrées sur les émotions (Bruchon-Schweitzer, 2005). Par ailleurs, d'après le modèle de l'impuissance acquise proposé par Seligman (1975), une personne qui croit que les événements négatifs dépendent d'elle-même et qu'elle ne peut rien y faire est plus encline à démontrer une impuissance acquise qui se manifeste par de la passivité, de la dépression et de l'anxiété. Il est en ce sens concevable que les patientes de notre échantillon aient eu recours au coping émotionnel pour les aider à s'ajuster face à ces émotions négatives qu'elles ressentaient. Ces résultats corroborent ceux d'une méta-analyse par Richardson et ses collègues (2017) qui ont rapporté des observations similaires à partir de recherches effectuées auprès de femmes atteintes de cancer du sein.

La variable associée aux stratégies de coping focalisées sur le problème, sauf pour ce qui est de l'humour et de la réinterprétation positive, est la satisfaction face au soutien social et non le degré de stress ressenti. Certains modèles utilisés en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002) ont effectivement placé le soutien social au même rang que le contrôle perçu, en le considérant comme une variable prédictive dans l'adaptation, la qualité de vie et le bien-être (Gentry et Kobasa, 1984). Il serait concevable que le soutien social soit associé à des stratégies dites actives du coping, ce qui est en partie révélateur d'un sentiment d'acceptation de la femme atteinte de cancer vis-à-vis son entourage, malgré les croyances générales véhiculées par ses proches sur les cancers (châtiment corporel ou une malédiction tel que discuté plus haut). Ceci pourrait permettre à la patiente de se focaliser sur la prise en charge de sa maladie. En effet, nous sommes face à la valeur centrale accordée au «*fihavanana*», qui est, tel que rapporté plus haut, le lien ou le contrat social ou encore la solidarité entre les individus d'une même communauté à Madagascar (Urfer, 2012). Pour les Malgaches, le soutien social est donc la manifestation du «*fihavanana*» qui constitue la base de l'entraide et des services rendus à autrui, surtout dans les situations difficiles telles que la maladie, comme c'est le cas pour les femmes de notre échantillon (Sandron, 2008). Ce lien se révèle également être un indicateur d'appartenance à sa communauté (Urfer, 2012). C'est le fait d'être présents les uns pour les autres qui rend tous les problèmes de la vie moins pénibles et plus

surmontables (Razafindratovo, 1971), et ceci peu importe l'auteur du soutien.

Conclusion

En conclusion, le modèle de stress de Lazarus et Folkman (1984) est intéressant pour étudier les liens entre les stratégies de coping et les perceptions individuelles des ressources face à une situation spécifique auprès d'une population particulière, comme c'est le cas dans les cancers mammaires et gynécologiques, et ceci même si certains des liens attendus ne se sont pas avérés être confirmés dans notre étude. Il est possible que cette absence partielle de résultats s'explique par une faible puissance statistique ne permettant pas de mesurer les plus petites tailles d'effets. En effet, des contraintes temporelles et organisationnelles ne nous ont pas permis d'atteindre un nombre optimal de participantes, le calcul de puissance (G-Power) précisant que le nombre requis pour notre étude aurait dû être de 64 patientes, alors que le nombre effectif de la présente recherche n'a été en finale que de 55 patientes. De même, les analyses des questionnaires traduits en malgache ont porté sur l'analyse de fiabilité, mais ces tests n'ont pas pu faire l'objet de tests de validité, ce qui constitue une limite de la présente recherche. Une autre limite se situe autour du fait que des variables telles que les données médicales associées à la condition des patientes et de leur statut socio-économique n'ont pas pu être considérées dans notre étude en raison de contraintes organisationnelles associées à la confidentialité des dossiers médicaux dans l'hôpital où a eu lieu la recherche. Les variables qui auraient pu affecter les résultats comme que la présence de maladies ou troubles comorbides, le stade de la maladie, etc. n'ont donc pas pu être contrôlées.

Certaines études futures qui pourront utiliser des devis longitudinaux pourront aider à mieux mettre en lumière les impacts des variables sous étude et les influences qu'elles pourraient avoir. Ce type de devis longitudinal comprenant plusieurs temps de mesure permettrait également de suivre l'évolution de la maladie dans le temps et de mieux monitorer l'évolution des stratégies de coping ainsi que leur efficacité en fonction de l'évolution de la maladie. Les recherches ultérieures pourront finalement se focaliser sur l'impact de différentes interventions psychothérapeutiques chez les patientes atteintes de cancers gynécologiques. Par exemple l'impact des thérapies de troisième vague telle que la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) auprès des femmes malgaches souffrant de cancer féminin qui pourrait les aider à développer des stratégies d'adaptation centrées sur l'acceptation d'une part, et sur l'engagement dans une action constructive d'autre part. L'étude de l'impact de l'ACT sur les femmes malgaches atteintes de cancer pourrait dès lors améliorer l'efficacité et la qualité des prises en charge déjà existantes et appuyer les femmes dans leur processus d'adaptation, en réduisant entre autres les comportements d'évitement et l'influence des pensées troublantes et des émotions indésirables liées à la perception de soi négative souvent véhiculées par la société Malgache. Une telle stratégie thérapeutique

pourrait permettre à la femme avec un cancer de prendre la décision de s'engager dans son traitement plus tôt dans le cours de la maladie.

Female cancers are an important factor of death in Madagascar due to stigma associated with the disease and to its poor medical management. The fact that cancer might be a punishment from God would cause difficulties to adapt to the disease. These difficulties are examined with explanatory models of the coping mechanism for chronic stress. These models suggest links between an individual's perceptions and the coping strategies he uses. The aim of this study is to investigate the relationship between perceived control and coping strategies in Malagasy women with breast or gynecological cancers (n = 55). A correlational study allowed to measure women's perceptions of control and coping strategies. The following measures were translated in Malagasy: *Cancer Locus of Control Scale*, the *Perceived Stress Scale*, the *Social Support Questionnaire* and the *Brief COPE*. The results show positive links between emotional coping strategies and the perception of control and between the adoption of problem-based coping and social support. Moreover, results show that different coping strategies present significant associations with each other. Some cultural factors specific to Madagascar that could explain these results are discussed as well as the importance of perceptions and social support in Malagasy women with cancer care.

Keywords: *perceived stress, locus of control, perceived social support, coping, women cancer, Madagascar*

Références

- Abdollahi, A., Panahipour, H., Hosseini, S. et Allen, K. A. (2019). The effects of perceived stress on hope in women with breast cancer and the role of psychological hardness. *Psycho-oncology*, 28 (7), 1477-1482. <https://doi.org/10.1002/pon.5102>
- Abdollahi, A., Taheri, A. et Allen, K. A. (2020). Self-compassion moderates the perceived stress and self-care behaviors link in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/pon.5369>
- Ahmadi F., Hussin, N.A.M. et Taufik, M.M. (2018). Religion, Culture and meaning-making coping: A study among cancer patients in Malaysia. *Journal of Religion and Health*, 58, 1909-1924.
- American Psychiatric Association, (2003). DSM- IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française. Paris, France: Masson.
- Bahti, T. (2010) Coping issues among people living with advanced cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 26, 175-82.
- Baize, N., Mounier, M., Bongain, A. et Spano, J.P. (2008). Féminité et cancer du sein, approche particulière de l'annonce en cancérologie. *Bulletin du cancer*, 95 (9). doi : 10.1684/bdc.2008.0702
- Ben-porath, Y. et Tellegen, A. (1990). A place for traits in stress research. *Psychological Inquiry*, 1, 14-17. Sur : https://www.researchgate.net/publication/247504121_A_Place_for_Traits_in_Stress_Research
- Bellinghausen, L. Collange, J. Botella, M., Emery, J.L. et Albert, E. (2009). Validation factorielle de l'échelle française de stress perçu en milieu professionnel. *Santé Publique*, 4 (21), 365 - 373. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-4-p-365.html>
- Brandão, T., Schulz, M. S. et Matos, P. M. (2017). Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psycho-oncology*, 26 (7), 917-926. <https://doi.org/10.1002/pon.4230>
- Bright, E. E. et Stanton, A. L. (2018). Prospective investigation of social support, coping, and depressive symptoms: A model of adherence to endocrine therapy among women with breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86 (3), 242-253. doi: 10.1037/ccp0000272
- Bruchon-Schweitzer, M. L. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et Méthodes*. Paris, France : Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M., Rasclé, N., Cousson-Gélie, C., Bidan-Fortier, Sifakis, Y. et Constant, A. (2003). Le questionnaire du soutien social de Sarason (SSQ6). Une adaptation française. *Psychologie Française*, 48 (3), 41-53.
- Bruchon-Schweitzer, M. et Boujut, E. (2014) *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*. 2^e édition révisée. Paris, France : Dunod.
- Burns, S. M. et Mahalik, J. R. (2006). Physical Health, self-reliance, and emotional control as moderators of the relationship between locus of control and mental health among men treated for prostate cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 561-572. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16988886>
- Caplan, L. J. et Schooler, C. (2007). Socioeconomic status and financial coping strategies: The mediating role of perceived control. *Social psychology quarterly*, 70 (1), 43-58. <https://doi.org/10.1177/019027250707000106>
- Carver, C. S., Weintraub, J. et Scheier, M. F. (1989). Assessing coping strategies: a theoretical based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2926629>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol is too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 92 (4).
- Cohen, S., Kamarck, T. et Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health Social Behavior*, 24 (4), 385-396. Récupéré de <https://psycnet.apa.org/record/1984-24885-001>
- Cousson-Gélie, F., Irachabal, S., Bruchon-Schweitzer, M., Dihuldy, J. M. et Lakja, F. (2005a). Dimensions of cancer locus of control scale as predictors of psychological adjustment and survival in breast cancer patients. *Psychological Reports*, 97 (3), 699-711. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16512284>
- Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J.M., Irachabal, S. et Lakdja, F. (2005 b). Impact du contrôle perçu, de l'attribution causale interne et du contrôle religieux sur la qualité de vie et l'évolution de la maladie de patientes atteintes d'un premier cancer du sein. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4 (4), 288-291.
- Cousson-Gélie, F. (2014) Évolution du contrôle religieux la première année suivant l'annonce d'un cancer du sein : quels liens avec les stratégies de coping, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie ? *Psychologie Française*. 59 (4), 331-341.
- Cronbach, L. J. (1987). Statistical Tests for Moderator Variables: Flaws in Analyses Recently Proposed. *Psychological Bulletin*, 102 (3), 414-417.
- Delelis, G., Christophe, V., Berjot, S. et Desombre, C. (2001). Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : quels liens ? *Bulletin de Psychologie*. 2 (515), 471-479. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2011-5-page-471.html>
- De Valck, C. et Vinck, J. (1996). Health locus of control and quality of life in lung cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 28 (2), 179-186, sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/073839919600897X>
- Devine, D., Parker, P. A., Fouladi, R. T. et Cohen, L. (2003). The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment. *Psychooncology*, 12, 453-462.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E. et Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11 (2), 79-87. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1582383>
- Durá Ferrandis, E., Mandelblatt, J. S., Clapp, J., Luta, G., Faul, L., Kimmick, G. et Hurria, A. (2017). Personality, coping, and social support as predictors of long-term quality-of-life trajectories in older breast cancer survivors: CALGB protocol 369901 (Alliance). *Psycho-oncology*, 26 (11), 1914-1921. doi: 10.1002/pon.4404
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Sciences and Medicine*, 45, 1207-1221, sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9381234>
- Friedman, G., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Hussain, I. et Liscum, K. R. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 595-603. sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16287209>
- Gaugler, J., Hanna, N., Linder, J., Given, C., Tolbert, V., Kataria, R., et al. (2005). Cancer caregiving and subjective stress: A multi-

- site, multi-dimensional analysis. *Psycho-Oncology*, 14 (9): 771-785.
- Gentry, W. et Kobasa, S. (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in humans. Dans W. Gentry, *Handbook of behavioral medicine*. New York, NY: Guilford.
- Gerstorff, D., Röcke, C. et Lachman, M. E. (2011). Antecedent-consequent relations of perceived control to health and social support: Longitudinal evidence for between-domain associations across adulthood. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66 (1), 61-71. doi: 10.1093/geronb/gbq077
- GLOBOCAN (2012). Cancer incidence and mortality worldwide: IARC cancer base no. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Récupéré de https://www.researchgate.net/publication/304460791_GLOBOCAN_2012_v10_cancer_incidence_and_mortality_worldwide_IARC_cancer_base_no_11_Internet_International_Agency_for_Research_on_Cancer_Lyon/citation/download
- Hasking, P., Lyvers, M., Carlopio, C. (2011). The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives, and drinking behaviour. *Addictive Behaviors*, 36 (5), 479-487. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21300441>
- Hubert-Williams, N. et Owen, R. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for cancer patients. Dans *Psycho-Oncology* (3.ed). Oxford, NY: University Press. doi: 10.1093/med/9780199363315.001.0001
- Hübsch, B. et Rakotoanaivo, (2001) *Ny fireham-pinoan'ny Ntaolo Malagasy: Les conceptions religieuses des anciens Malgaches*. Paris, France: Éditions Karthala,
- Knobf, M. T. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 23 (1), 71-83. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2006.11.009>
- Koenig, H. G., Pargament, K. I. et Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186 (9), 513-521.
- Kreitler, S., Peleg, D et Ehrenfeld, M. (2007). Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients, *Psycho-Oncology*, 16, 329-341. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16888704>
- Kugbey, N., Asante, K. O. et Meyer-Weitz, A. (2019). Depression, anxiety and quality of life among women living with breast cancer in Ghana: mediating roles of social support and religiosity. *Supportive Care in Cancer*, 28 (6), 1-8. doi: 10.1007/s00520-019-05027-1
- Jadoulle, V., 2006. Le déni comme angle d'approche psychosomatique en cardiologie et en oncologie. *Annales médicopsychologiques*, 164 (2), 108-114.
- Lajoie, V. (2016). Trait de personnalité et stratégies de coping chez des individus présentant une schizophrénie. Essai de 3e cycle présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lan, M., Zhang, L., Zhang, Y. et Yan, J. (2018). The relationship among illness perception, coping and functional exercise adherence in Chinese breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*. doi:10.1111/jan.13832
- Langford, D. J., Cooper, B., Paul, S., Humphreys, J., Keagy, C., Conley, Y. P. et Miaskowski, C. (2017). Evaluation of coping as a mediator of the relationship between stressful life events and cancer-related distress. *Health Psychology*, 36 (12), 1147-1160. doi: 10.1037/hea0000524
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984a). Coping and adaptation. Dans W. Gentry, *Handbook of behavior medicine*. New York, NY: Guilford. p. 282-325.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984b). *Stress appraisal and coping process*. New York, NY: Springer.
- Lazarus, R. S. (2001). Relational meaning and discrete emotions. Dans K. Scherer, A. Schorr et T. Johnstone (Eds.), *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*. Oxford, New York: Oxford University Press, p. 37-67.
- Leventhal, H., Meyer, D. et Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology*. Oxford, England: Pergamon Press.
- Lupo, P. (2006). Dieu dans la tradition malgache. Paris, France. Karthala Editions
- Mahar, K. K., BrintzenhofeSzoc, K. et Shields, J. J. (2008). The impact of changes in employment status on psychosocial well-being: A study of breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26 (3), 1-17. doi: 10.1080/07347330802115400
- Muller, L. et Spitz, E. (2003). Multidimensional assessment of coping: Validation of the Brief COPE among French population. *L'Encephale*, 29, 507-518. Récupéré de [https://www.scrip.org/S\(351jmbntvnsjtladkposzje\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1015713](https://www.scrip.org/S(351jmbntvnsjtladkposzje)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1015713)
- Ozdemir, D. et Tas Arslan, F. (2018). An investigation of the relationship between social support and coping with stress in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 27 (9), 2214-2219. doi: 10.1002/pon.4798
- Pargament, K. I. (1997) *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*; Guilford Press: New York, NY, USA.
- Pargament, K. I. Smith, B. W. Koenig, H. G. et Perez, L. (1998). Patterns of Positive and Negative Religious coping with Major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 37 (4), 710-724. doi: 10.2307/1388152
- Pargament, K. I.; Koenig, H. G. et Perez, L. M. (2000) The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-543.
- Pedhazur, E. J. (1982). *Multiple regression in behavioral research: Explanation and prediction*. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston.
- Pignon T., Ralantoarimihanta, M., Ratoanina, J. L., Ratsiharovalala, J., Ravoniarinoro, A., et al. (1987). Aspects épidémiologiques et thérapeutiques du cancer à Madagascar, étude à travers le recrutement du service de cancérologie d'Antananarivo. *Journal Européen de Radiothérapie*. 8 (2) : 77-84.
- Préau, M., Marcellin, F., Lert, F., Spire, B. et Moatti, J. P. (2008). Les conséquences du cancer sur la vie sociale et professionnelle. La vie deux ans après le diagnostic de cancer. DOI halshs-01564008. Récupéré de <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01564008/document>
- Pruyn, J., van der Borne, H., de Reuver, R., de Boer, M., Ter Pelkewijk, M. et de Jong, P. (1988). The locus of control Scale for Cancer Patients. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 66, 404-408.
- Rahajarizafy, A. P. (1981). *Filozofia Malagasy: ny fanahy no olona*. Fianarantsoa, Madagascar: Ambozontany. Récupéré de <http://isni.org/isni/0000000079271655>
- Razafimahatratra, M. J. J. et, Pourette, D. (2018). Cancer du col de l'utérus à Madagascar: des facteurs multiples de retard au diagnostic et à la prise en charge. Dans D. Pourette, (ed.), Bellas C. (ed), Ravololomanga B. (ed). *Femmes, enfants et santé à Madagascar*. Paris, France, L'Harmattan. p.223- 233.
- Rehman, M. U., Buttar, Q. M., Irfan-ul-Haq Khawaja, M. et Rizwan-ul-Haq Khawaja, M. (2009). An impending cancer crisis in developing countries: are we ready for the challenge? *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 10, 719-720.
- Razafindratova, J. (1971). "Etude du village d'Ilfay". *Annales de l'Université de Madagascar, Série Lettres et Sciences Humaines*, 10, 51-74.
- Richardson, E. M., Schüz, N., Sanderson, K., Scott, J. L. et Schüz, B. (2017). Illness representations, coping, and illness outcomes in people with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*, 26 (6), 724-737. <https://doi.org/10.1002/pon.4213>
- Sandron, F. (2008). Le fihavanana à Madagascar: lien social et économique des communautés rurales. *Revue Tiers Monde*, 195, 507-522. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-tiers-monde-2008-3-page-507.htm>
- Seligman M. E. P. (1975) *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco, NY: W. H. Freeman.
- Sharif, S. P. et Khanekharab, J. (2017). External locus of control and quality of life among Malaysian breast cancer patients: The mediating role of coping strategies. *Journal of psychosocial oncology*, 35 (6), 706-725. <https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1308984>
- Sherman, A. C. et Simonton, S. (2001). Religious involvement among cancer patients: Associations with adjustment and quality of life. In T. G. Plante et A. C. Sherman (Eds.), *Faith and health: Psychological perspectives* (pp. 167-194). New York: The Guildford Press.
- Suls, J. et Fletcher, B. (1985). *The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies: A meta-analysis*. *Health Psychology*, 4, 249-288. Récupéré de <https://psycnet.apa.org/record/1986-20250-001>
- Suppli, N. P., Johansen, C., Christensen, J., Kessing, L. V., Kroman, N. et Dalton, S. O. (2014). Increased risk for depression after breast cancer: A nationwide population-based cohort study of

- associated factors in Denmark, 1998-2011. *Journal of Clinical Oncology*, 32, 3831-3839. 10.1200/JCO.2013.54.0419
- Tejeda, S., Stolley, M. R., Vijayasiri, G., Campbell, R. T., Ferrans, C. E., Warnecke, R. B. et Rauscher, G. H. (2017). Negative psychological consequences of breast cancer among recently diagnosed ethnically diverse women. *Psycho-Oncology*, 26 (12), 2245-2252. doi : 10.1002/pon.4456
- Terry, D. J. (1994). Determinants of coping: The role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 895-910.
- Umezawa, Y., Lu, Q., You, J., Kagawa-Singer, M., Leake, B. et Maly, R. C. (2012). Belief in divine control, coping, and race/ethnicity among older women with breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 44 (1), 21-32. doi : 10.1007/s12160-012-9358-5
- Urfer, S. (2012). Madagascar: une culture en péril? In *Essais, Livres sur Madagascar*. Antananarivo, Madagascar: no comment éditions.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30 (4), 662-689. Récupéré de <http://depositum.uqat.ca/294/1/daniellelgoulet.pdf>
- Verneau, L. (2019). Madagascar grignotée par les sectes évangéliques. *Le Monde*. Récupéré de https://www.lemonde.fr/afrique/article/2019/09/05/madagascar-lentement-grignotée-par-les-sectes-evangeliques_5506931_3212.html.
- Willmoth, M. C. et Ross, J., A. (1997). Women's perception. Breast cancer treatment and sexuality. *Cancer Practice*, 5 (6), 353-359.
- Zakowski, S. G., Hall, M. H., Klein, L. C. et Baum, A. (2001). Appraised control, coping, and stress in a community sample: A test of the goodness-of-fit hypothesis. *Annals of Behavioral Medicine*, 23 (3), 158-165. doi: 10.1207/S15324796ABM2303_3
- Zhou, E. S., Penedo, F. J., Bustillo, N. E., Benedict, C., Rasheed, M., Lechner, S., Soloway, M., Kava, B. R., Schneiderman, N. et Antoni, M. H. (2010). Longitudinal effects of social support and adaptive coping on the emotional well-being of survivors of localized prostate cancer. *Journal of Supportive Oncology*, 8 (5), 196-201. <https://doi.org/10.1016/j.suponc.2010.09.004>