

Université de Tunis
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
ED : Structures, Systèmes, Modèles et Pratiques
en Lettres et Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie

Université Paris Ouest Nanterre la Défense
ED : Connaissance, Langage, Modélisation
Laboratoire Parisien de Psychologie Sociale



Thèse de Doctorat en Psychologie Sociale
Présentée par Neïla MALLEH

**Causalité et contrôle perçu de la maladie cancéreuse
et leurs effets sur le *coping* du malade**

Sous la direction du : Pr. Nouredine KRIDIS
Pr. Bernard GANGLOFF

Thèse soutenue à Tunis Décembre 2014

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier très chaleureusement mes deux encadreurs, le Pr. Bernard GANGLOFF et le Pr. Noureddine KRIDIS pour ces années d'encadrement et de suivi précieux.

J'exprime tous mes remerciements aux membres du jury qui ont accepté d'évaluer ce travail.

Je tiens à exprimer ma grande gratitude à mes honorables professeurs qui m'ont transmis leur savoir et expérience tout au long de ma vie universitaire couronnée par ce travail doctoral. Je vous suis énormément reconnaissante.

Je remercie également toute l'équipe du Laboratoire Parisien de Psychologie Sociale pour l'accueil chaleureux et les échanges.

Merci au Pr. Jean-François VERLHIAC, professeur des universités, la discussion que j'ai eue avec vous m'a beaucoup apportée et m'a orientée dans ma recherche.

Merci aussi au Dr. Charles MARTIN-KRUMM, enseignant chercheur en psychologie positive, pour les explications et les conseils que vous m'avez accordés, même par Internet.

Merci beaucoup à Najoua, Saloua et Colette pour leur chaleureux et aimable accueil et hospitalité à Paris ; que du plaisir et de beaux souvenirs.

Mon travail de recherche sur le terrain a été particulièrement facilité par plusieurs personnes à qui j'adresse mes vifs remerciements :

- Dr. Slim BEN AHMED et Dr. Amel MEZLINI, les deux chefs de services de carcinologie, à l'hôpital Farhat HACHED et à l'Institut Saleh Azaiez, pour m'avoir ouvert leurs portes.

- les deux psychologues des deux services, Mme Amel LAADHARI et Mme Souad ZAAGUERI qui n'ont épargné aucun effort pour que je puisse réaliser ce travail dans de bonnes conditions. Merci pour les échanges, conseils, suggestions et documents.

- les infirmiers et infirmières qui m'ont aidée à organiser mes passages au sein des services et ont accepté de répondre à mes questionnaires malgré la charge de travail énorme.

- aux patients qui, malgré la souffrance, ont eu l'amabilité de participer aux entretiens et à ceux qui ont rempli les questionnaires. Votre rencontre fut pour moi une expérience humaine très riche.

Un grand merci va aussi au futur docteur Melle Dorra BEN JABALLAH pour sa compétence dans le traitement statistique des données de ce travail et sa disponibilité dans la réponse à mes interrogations répétées.

Mes respects et ma gratitude vont à Mme. Zeineb Zahmoul Ben Slema, responsable du bureau d'ordre de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis ainsi qu'à Mr. Yassine KHALED, directeur des affaires académiques et du partenariat scientifique à l'Université de Tunis pour l'intérêt qu'ils ont manifesté à l'égard de mes dossiers d'inscription et de cotutelle. Grâce à votre sens des responsabilités et à votre sérieux je suis arrivée à m'inscrire après deux longues années de soucis administratifs et d'attente de mes courriers qui se sont envolés pour toujours. Vous représentez l'exemple d'administratifs professionnels et bienveillants.

Merci à toute ma famille et amis qui m'ont encouragée dans cette voie d'études et tous ceux qui ont contribué de près ou de loin dans la réalisation de ce travail.

Mention spéciale à ma nièce Mariem qui s'est engagée volontairement dans des nuits blanches avec moi pour la saisie des données et parfois rien que pour combattre un sommeil et une fatigue intense.

Enfin, je remercie infiniment les fondateurs de ce que je suis et de ce que je fais. Mes précieux parents Béchir et Emna qui ont supporté mes absences, qui leur semblaient parfois interminables, pour leur amour, sacrifices, encouragements et patience inestimables.

DEDICACE

Ce travail est dédié à mes neveux et nièces. Que ce travail soit l'exemple qui stimule en vous l'amour pour la science, la persévérance et la réussite dans vos études mais aussi dans votre vie personnelle. Que vous appreniez à être maître de votre vie, qu'elle soit pleine d'optimisme et de positivisme.

SOMMAIRE SYNTHETIQUE

Remerciements	i
Dédicace	iii
Sommaire synthétique.....	iv
Liste des abréviations	vi
Table des figures	viii
Table des graphiques	ix
Table des tableaux	x
INTRODUCTION GENERALE	1
PROBLEMATIQUE.....	5

I. CADRE THEORIQUE

CHAPITRE 1. Modèles théoriques appliqués à la santé et la maladie	14
CHAPITRE 2. Analyse des concepts	32
CHAPITRE 3. Modèle intégratif et explicatif de l'ajustement psychologique des malades cancéreux tunisiens	127
HYPOTHESES.....	140

II. PARTIE EMPIRIQUE

CHAPITRE 4. Outils de mesure et compte rendu de l'étude de terrain	141
CHAPITRE 5. Analyse de contenu des entretiens	159
CHAPITRE 6. Analyse descriptive	173
CHAPITRE 7. Purification des outils (ACP, AFC)	187
CHAPITRE 8. Test des hypothèses, résultats et interprétation des résultats : test de la 1 ^{ère} hypothèse	214
CHAPITRE 9. Test des hypothèses, résultats et interprétation des résultats : test de la 2 ^{ème} hypothèse	219
CHAPITRE 10. Test des hypothèses, résultats et interprétation des résultats : test de la 3 ^{ème} hypothèse	253

CHAPITRE 11. Discussion des résultats	256
CONCLUSION GENERALE	288
Bibliographie	292
Sommaire <i>in extenso</i>	315

LISTE DES ABREVIATIONS

ACP.....	Analyse en composantes principales.
AFC.....	Analyse factorielle de correspondance.
ANOVA.....	Analyse de la variance.
ATAMCS.....	Association tunisienne d'assistance aux malades du cancer.
CAM.....	<i>Complementary and alternative medicine.</i>
CATPCA.....	Analyse en composantes principales qualitatives.
CED.....	Cause externe « Dieu ».
CEH.....	Cause externe « hérédité en tant que transmission parentale ».
CEPS.....	Cause externe « problèmes de santé ».
CES.....	Cause externe « stress lié à l'environnement et au mode de vie moderne ».
CHU.....	Centre hospitalo-universitaire.
CIA.....	Cause interne « âge ».
CIH.....	Cause interne « hérédité congénitale ».
CIPS.....	Cause interne « problèmes de santé et hygiène de vie ».
CIRC.....	Centre international de recherche sur le cancer.
CIS.....	Cause interne « stress lié à la personne ».
CJF.....	Croyance en une justice finale.
CJI.....	Croyance en une justice imminente.
CMI.....	Croyance en un monde injuste.
CMJ.....	Croyance en un monde juste.
CP.....	Contrôle perçu.
GSE.....	<i>General self-efficacy scale.</i>
ISA.....	Institut Salah AZAIEZ.
KMO.....	Kaiser, Meyer et Olkin.

LOC.....	<i>Locus of control.</i>
LOT-R.....	<i>Life orientation test-revised.</i>
LISREL.....	Analyse des relations structurelles linéaires.
MHLC.....	<i>Multidimensional health locus of control scale.</i>
NEO-PI-R.....	Inventaire de personnalité révisé.
OMS.....	Organisation mondiale de la santé.
QSSP.....	Questionnaire de soutien social perçu.
RCNC.....	Registre des cancers du nord tunisien.
SEP.....	Sentiment d'efficacité personnelle.
SIDA.....	Syndrome de l'immunodéficience acquise.
SPSS.....	<i>Scientific package for social sciences.</i>
SSP.....	Soutien social perçu.
SSQ.....	Social support questionnaire.
VIH.....	Virus de l'immunodéficience humaine.
VPH.....	Virus du papillome humain.
WCC.....	<i>Ways of coping check-list.</i>
WLS.....	Régressions linéaires multiples des moindres carrés.

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : <i>Health Belief Model</i>	16
Figure 2 : Théorie de l'action raisonnée (TAR).....	17
Figure 3 : Théorie du comportement planifiée (TCP)	19
Figure 4 : Modèles impliquant une causalité linéaire	23
Figure 5 : Modèle biopsychosocial	24
Figure 6 : Modèle transactionnel de Lazarus et Folkman.....	26
Figure 7 : Modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de la santé	31
Figure 8 : Effet direct et tampon du soutien social sur la relation entre les stressseurs et l'état de santé	98
Figure 9 : Illustration des différents types de relations entre soutien social et santé.....	135
Figure 10 : Modèle intégratif et explicatif de l'ajustement psychologique des malades cancéreux tunisiens	139

TABLE DES GRAPHIQUES

Graphique 2.6.1 : Nomination de la maladie de cancer selon les malades	174
Graphique 2.6.2 : Représentation du cancer "mort"	175
Graphique 2.6.3 : Représentation du cancer "maladie effrayante"	176
Graphique 2.6.4 : Représentation du cancer "handicap"	176
Graphique 2.6.5 : Représentation du cancer "maladie dangereuse mais guérissable"	177
Graphique 2.6.6 : Représentation du cancer "maladie banale"	178
Graphique 2.6.7 : Représentation du cancer "destin"	178
Graphique 2.6.8 : Représentations du cancer selon les malades	179
Graphique 2.6.9 : Distribution des proches selon leur lien de parenté avec les malades.....	180
Graphique 2.6.10 : Distribution des proches selon l'âge	180
Graphique 2.6.11 : Nomination du cancer selon les proches	181
Graphique 2.6.12 : Représentation du cancer selon les proches	182
Graphique 2.6.13 : Responsabilité du malade de cancer selon les proches	182
Graphique 2.9.1 : Soutien social perçu par les malades selon les sources	240
Graphique 2.9.2 : Satisfaction/insatisfaction des malades par rapport aux types de SSP	241
Graphique 2.9.3 : Moyenne de satisfaction des infirmiers par rapport au soutien social offert	242
Graphique 2.9.4 : Moyenne des sources disponibles par type de soutien	242
Graphique 2.9.5 : Moyenne des sources disponibles correspondant aux malades satisfaits par rapport au SSP	245

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1.2.1: Définition de l'optimisme et du pessimisme en fonction des explications apportées aux événements positifs et négatifs	78
Tableau 1.2.2 : Principales distinctions entre optimistes et pessimistes face à des difficultés	80
Tableau 2.4.1: Distribution de l'échantillon des malades selon le genre, âge et NSC.....	156
Tableau 2.4.2 : Distribution de l'échantillon des infirmiers selon le genre	156
Tableau 2.4.3 : Distribution de l'échantillon des proches selon leur lien de parenté avec les malades.....	157
Tableau 2.7.1 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC-Interne	188
Tableau 2.7.2 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC-Interne après la purification.....	189
Tableau 2.7.3 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC-Chance	190
Tableau 2.7.4 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC-Chance après la purification.....	190
Tableau 2.7.5 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC-Dieu	191
Tableau 2.7.6 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC-Entourage.....	192
Tableau 2.7.7 : Validité discriminante et fiabilité de l'échelle du LOT-R	192
Tableau 2.7.8 : Validité discriminante et fiabilité de l'échelle de LOT-R après la purification	193
Tableau 2.7.9 : Validité discriminante et fiabilité de l'échelle GSE	194
Tableau 2.7.10 : Validité discriminante et fiabilité de l'échelle GSE après la purification ..	195
Tableau 2.7.11 : Validité discriminante et fiabilité du coping centré sur l'émotion	196
Tableau 2.7.12 : Validité discriminante et fiabilité du coping centré sur l'émotion après la purification.....	197
Tableau 2.7.13 : Validité discriminante et fiabilité du coping centré sur le problème	198
Tableau 2.7.14 : Validité discriminante et fiabilité du coping orienté vers la recherche de soutien	199
Tableau 2.7.15 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC Interne	200

Tableau 2.7.16 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC-Personnes significatives.....	201
Tableau 2.7.17 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC-Destin-Chance	202
Tableau 2.7.18 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC-Dieu	203
Tableau 2.7.19 : Validité discriminante et fiabilité de l'échelle du LOT-R.....	204
Tableau 2.7.20 : Validité discriminante et fiabilité de l'échelle du LOT-R après la purification.....	205
Tableau 2.7.21 : Validité discriminante et fiabilité de l'échelle GSE	206
Tableau 2.7.22 : Validité discriminante et fiabilité du coping centré sur l'émotion	207
Tableau 2.7.23 : Validité discriminante et fiabilité du concept coping centré sur le problème	209
Tableau 2.7.24 : Validité discriminante et fiabilité du coping orienté vers la recherche de soutien	210
Tableau 2.7.25 : Validité discriminante et fiabilité du coping orienté vers la recherche de soutien après la purification	211
Tableau 2.7.26 : AFC des causes de la maladie cancéreuse selon les proches	213

NB : la numérotation des graphiques et des tableaux s'est faite en référence à la partie (1 ou 2), au chapitre (1, 2, 3, etc.) et au numéro du graphique ou du tableau dans la partie et dans le chapitre. Exemple : le graphique 1.2.3 est le troisième graphique du deuxième chapitre de la première partie.

INTRODUCTION GENERALE

Le cancer est un vrai dévastateur humain. A l'occasion de la journée mondiale contre le cancer de 2014, le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) a démontré que, pour la première fois, le cancer, tous types confondus, est la première cause de mortalité dans le monde avec 8,2 millions de décès en 2012. L'incidence mondiale du cancer a augmentée de 11 % entre 2009 au 2012, atteignant plus de 14 millions de nouveaux cas en 2012. Une augmentation de 75 % des cas de cancer dans le monde entier, pour atteindre près de 25 millions de personnes, est anticipée au cours des vingt prochaines années.

En Tunisie, pays du Nord de l'Afrique, de civilisation arabo-musulmane, les chiffres sont préoccupants. D'après l'Association Tunisienne d'Assistance aux Malades du Cancer de Sein (ATAMCS) le pays compte chaque année 14.000 nouveaux cas de cancers, toutes localisations confondues. Entre 2000 et 2200 cas de cancer du sein sont dépistés chez la femme, chaque année en Tunisie. Selon le registre des cancers du nord tunisien (1994-2003) 2141 cancers colorectaux ont été diagnostiqués seulement dans le nord du pays au cours des années 1999-2003. D'après le même registre (RCNT) et suivant la projection à l'horizon 2024, chez l'homme (de 20 à 80 ans et plus), les nombres de cas annuels moyens prédits pour les quatre périodes 2004-2008, 2009-2013, 2014-2018 et 2019-2024 sont, respectivement : 210, 346, 559 et 894. Ainsi, entre 1994-1998 et 2019-2024, soit en 25 ans, le nombre de cas pourrait être multiplié par 13. Pour ce qui est du cancer du sein, chez la femme de 20 à 80 ans et plus, les nombres de cas annuels moyens prédits pour les quatre périodes 2004-2008, 2009-2013, 2014-2018 et 2019-2024 sont, respectivement : 843, 1093, 1415 et 1821. Ainsi entre 1994-1998 et 2019-2024, soit en 25 ans, le nombre de cas pourrait être multiplié par 3,9. (Annexes I-1, I-2, I-3)

Compte tenu des données et prévisions alarmantes, et pour éviter les millions de décès prévisibles, réduire les dépenses énormes entravant la croissance économique (surtout des pays en développement), la prévention est plus que nécessaire. De par le monde, des stratégies de lutte contre le cancer ont été mises en œuvre et plus timidement dans les pays en voie de développement. Il s'agit classiquement du développement de programmes nationaux de lutte contre le cancer, de vaccination contre le VPH, de sensibilisation et de dépistage précoce.

Depuis longtemps, les recherches sur le cancer, majoritairement épidémiologiques, s'intéressent aux incidences, prévalences, progrès techniques et médicaux en vue de prolonger la durée des rémissions et de limiter au maximum la récurrence. Néanmoins, devant une maladie

telle que le cancer, il y a certaines limites de l'optique médicale et technique (incertitude pronostique, efficacité limitée de la chimiothérapie dans le traitement de certaines tumeurs cérébrales, forte toxicité de certains médicaments, etc.), de telles limites constituent un bon révélateur des enjeux théoriques et pratiques que les sciences humaines et sociales, devraient aborder face à la maladie et au malade en particulier. Ce n'est que récemment que la psychologie de la santé s'est intéressée à l'étude des facteurs et des processus participant à l'amélioration de la qualité de survie des malades cancéreux.

La maladie, en particulier le cancer, est plus qu'un ensemble de symptômes, et sa dimension traumatique crée les conditions d'une "crise existentielle" avec remise en cause des références, des repères, des choix antérieurs, etc. D'ailleurs, même la symbolique associée à cette pathologie exprime « *le désordre, l'anarchie, le conflit entre les forces de l'ordre et celles de désordre, la perte de contrôle par les processus de régulation sociale.* » (Sarradon-Eck, 2004, p.3). Un désordre biologique mais aussi, bien évidemment, psychologique et social. Une forme de déconstruction imposant une remise en ordre, une reconstruction, des aménagements psychologiques à différents niveaux. Un travail socio-cognitif est ainsi entamé dès que la maladie est installée.

Selon l'approche socio-cognitive, l'homme construit en permanence son monde pour l'expliquer, rendre prédictible l'inconnu et contrôler parfois ce qui semble incontrôlable. Des interrogations envahissent alors la personne atteinte de maladie, interrogations portant sur le sens et les causes de sa maladie. Les réponses et les explications sont multiples, elles sont inscrites dans l'expérience de l'individu mais aussi le résultat d'une construction sociale et culturelle (Herzlich, 1988).

Lorsque l'individu perçoit et donne un sens à sa maladie, il commence à lutter contre elle. L'ajustement psychologique du patient dépend donc de la manière de penser sa maladie mais largement aussi de sa perception du contrôle possible ou non de l'évolution de son atteinte. Ainsi, le malade évalue la situation (nature de l'atteinte, gravité, menace, contrôlabilité) et l'adéquation de ses ressources personnelles et sociales nécessaires pour y faire face (Lazarus et Folkman, 1984). Ces évaluations modulent l'ajustement psychologique du patient à travers de multiples facteurs psychosociaux. Il élabore ainsi des pensées, émotions et comportements lui permettant de gérer son problème de santé et de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème.

Le malade n'accepte plus de se réduire à un organe atteint, ni de subir passivement sa maladie. Il évalue, interprète et agit à travers différentes stratégies de coping pour lutter contre cette adversité. Un malade bien présent en tant que partenaire actif et coopératif qui se

positionne au cœur des soins. Sa coopération renvoie à l'observance thérapeutique qui est selon Fischer (2006, p. 169) la « *capacité du patient de s'inscrire dans les cadres médicaux qui, au regard de sa situation de malade, devraient pouvoir optimiser sa santé et son bien-être. La notion de capacité du patient se réfère aux ressources mentales, sociales, physiques et psychologiques pour faire face à la maladie et aux exigences de soins qui s'imposent.* ». Envisagées en termes de confrontation entre les exigences médicales et les ressources du malade, l'observance et l'adaptation se rejoignent tout en accordant à ce dernier un rôle actif en cherchant le chemin de la guérison. Une guérison souvent traduite, en cancérologie, en une survie psychologique et sociale.

Nous nous intéressons principalement dans ce travail aux facteurs socio-cognitifs (évaluations, perceptions, croyances) et à leur rôle dans l'acceptation du cancer, à la perception de contrôle de son évolution et à l'éventuelle adoption de certaines stratégies de coping pour s'ajuster à cette douloureuse expérience.

Afin de réaliser cette recherche, nous avons développé deux parties : théorique et empirique. La première partie renvoie au cadre théorique. Nous présenterons, dans un premier chapitre, les principaux modèles et approches théoriques qui ont marqué la psychologie de la santé et qui ont expliqué comment et pourquoi les individus adoptent un comportement de santé, de risque ou en changent. Nous nous arrêterons sur les avantages et limites de chaque modèle et nous expliquerons ainsi le développement d'autres de plus en plus prédictifs et intégratifs. Le deuxième chapitre est consacré aux principaux concepts dont il est question dans ce travail à travers leurs origines théoriques, les outils élaborés pour leur mesure ainsi que leurs ressemblances et dissemblances avec d'autres concepts proches ou apparentés. Nous présenterons certains travaux qui ont étudié les effets de ces concepts dans différents domaines, surtout dans celui de la santé, notamment en lien avec la maladie cancéreuse. Dans le troisième chapitre nous proposons l'application du modèle intégratif et explicatif de stress à l'ajustement psychologique des malades cancéreux tunisiens. Les hypothèses sous-jacentes de travail clorent cette première partie.

Dans la deuxième partie, nous précisons au chapitre 4 nos instruments de mesures et effectuons le compte rendu de notre étude de terrain. Le chapitre 5 est consacré à l'analyse de contenu des entretiens menés auprès des malades. Au chapitre 6 nous présentons l'analyse descriptive des résultats des entretiens et questionnaires. Le chapitre 7 est consacré à la purification des outils d'investigation par l'application de l'analyse des composantes principales et par l'analyse factorielle des correspondances. Les chapitres 8, 9 et 10 sont dédiés aux tests des hypothèses. Nous y présentons aussi les résultats et leur interprétation.

Enfin, le chapitre 11 porte sur la discussion des principaux résultats. Des éléments de synthèse sont formulés lors d'une conclusion générale qui montre les intérêts de cette recherche et s'achève par ses limites et ses éventuels prolongements.

PROBLEMATIQUE

Les recherches fondamentales et cliniques sur les pathologies cancéreuses ont abouti ces dernières années à des diagnostics plus précis et des stratégies thérapeutiques de plus en plus pointues et efficaces. Les pronostics sont meilleurs, ce qui explique des survies prolongées, voire des guérisons.

Face au cancer, une évolution des mentalités a accompagné les progrès biomédicaux. Tout le monde, professionnels de la santé, chercheurs, médias, individus, adultes mais aussi enfants, atteints comme bien-portants, en parlent. La représentation du cancer change : il s'agit d'une maladie à long terme, voire d'une maladie comme les autres, dont plusieurs causes sont maintenant identifiées. Le cancer, loin de la maladie d'Alzheimer ou de la sclérose en plaques, est de plus en plus démystifié et banalisé (Pélicier, 1995).

Dans la société tunisienne, l'évolution des mentalités face au cancer reste assez timide. L'annonce du diagnostic "cancer" est toujours vécue comme un traumatisme évoquant l'idée de mort inéluctable. C'est une maladie qui fait peur, une peur qui paralyse l'accès au dépistage et explique le taux élevé de diagnostics tardifs et les perdus de vue pendant les traitements (Abdelmajid Ben Hamida, 2008 ; Boudabous, Mnif, Amouri, Ounaïs et Tahri, 2008 ; Ben Gobrane, Fakhfakh, Rahal, Ben Ayed, Mâalej, Ben Abdallah, Achour et Hsairi, 2007 ; Ben Ahmed, Aloulou, Bibi, Landolsi, Noura, Ben Fatma, Kallel, Gharbi, Korbi, Khairi et Kraïem, 2002/3).

Peur, angoisse, dépression et envie de tout lâcher sont des affects difficiles à éviter en cancérologie. Néanmoins, et du fait que l'on vit plus longtemps avec son cancer, le malade doit résister et s'ajuster psychologiquement pour une survie meilleure. A cet égard, l'intérêt des sciences humaines et sociales dans l'étude de la maladie et de la santé est bien établi.

La psychologie de la santé, discipline encore jeune, puisque ses premiers travaux datent des années quatre-vingts, s'est particulièrement intéressée à ce domaine. « *L'étude des caractéristiques psychosociales jouant un rôle dans l'apparition des maladies (organiques et mentales) et pouvant accélérer ou ralentir leur évolution.* » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 2) est l'un des principaux objectifs de la psychologie de la santé. Cette dernière a adopté des modèles théoriques issus de la psychologie sociale pour rendre compte des comportements de santé ou à risque, du bien-être ou de son altération et de la qualité de vie somatique et mentale des individus.

Si certains modèles ont porté, uniquement, sur la prédiction des comportements de santé (ex : modèle de l'action raisonnée et théorie du comportement planifié), d'autres se sont intéressés à la santé mais aussi à la maladie (ex : modèle biomédical, bio-psycho-social). Ces modèles ont été sujet à critiques pour maintes raisons (valeur prédictive et explicative limitée, variables occultées), ce qui a abouti à des modèles plus complexes que ceux linéaires et interactionnistes. Si le fondement théorique est toujours socio-cognitif, l'évolution a porté sur les processus et sur la dynamique qui régissent ces modèles. Cette évolution a abouti au développement du modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984) et du modèle intégratif et multifactoriel de Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994). Ces deux modèles représentent la référence théorique et conceptuelle fondamentale pour cette recherche. En se référant à de tels modèles nous nous retrouvons devant une prolifération conceptuelle (représentation, attitudes, SEP, coping, etc.). La détermination de tels concepts dans le contrôle et l'ajustement psychologique des malades est mise en évidence dans les études antérieures. Toutefois, les chercheurs restent moins unanimes sur l'effet protecteur ou fragilisant de plusieurs facteurs personnels (conatifs ou qui ont trait à la personnalité, cognitifs, affectifs, comportementaux) et situationnels (NSE, famille, milieu de travail, événements de vie majeurs, soignants) dans l'avènement, l'évolution et le traitement des maladies. C'est dans cette perspective que nous étudions le vécu des malades tunisiens atteints de cancer du sein et colorectal et sa contribution dans la prédiction et l'explication de leur ajustement psychologique.

Trois objectifs majeurs sont ainsi poursuivis dans cette recherche. Il s'agit, premièrement, de dégager la représentation et les causes attribuées au cancer du sein et colorectal auprès des malades. Deuxièmement de déceler les facteurs déterminants de la perception de contrôle de l'évolution de la maladie chez les patients. Enfin d'expliquer le choix des stratégies de coping à travers l'effet direct, médiateur ou modérateur de variables personnelles, médicales et environnementales.

L'homme se caractérise par une nécessité d'attribuer un sens, une cause ou une origine à tout événement inhabituel ou malheureux qui survient dans sa vie. Ainsi, une fois son existence menacée par une maladie, l'individu cherche une explication à une réalité qui était jusqu'au là presque impensable pour lui. Le premier objectif de cette recherche porte ainsi sur les causes attribuées à la maladie cancéreuse par les patients eux-mêmes et par leurs proches. Quelle est l'origine de ces troubles, douleurs, symptômes ? Comment une telle maladie s'inscrit-elle dans la vie du malade ? Les réponses peuvent être nombreuses.

Cette étude se veut une nouvelle occasion pour que la théorie des attributions causales, longtemps délaissée comparativement à celle des représentations sociales ou de l'identité, trouve un certain regain d'intérêt à travers le traitement de ce premier objectif.

Mais pourquoi émettons-nous des attributions causales ? Pour Heider (1958), l'activité attributionnelle joue un rôle déterminant dans notre rapport à l'environnement et aux événements. Elle permet à l'individu de comprendre ce que lui arrive, entre autres sa maladie, et de s'y ajuster (Pedinielli, 1996). Heider (1958) a établi une dichotomie causale basée sur l'internalité et l'externalité. Au quotidien, les individus ne se réfèrent pas à l'une ou à l'autre des explications, mais à une combinaison des deux. Ainsi, le cancer est généralement considéré comme une maladie à la fois endogène et exogène, il est parfois attribué à un dysfonctionnement héréditaire ou alors provoqué par le mode de vie de la personne et son environnement (pollution, radioactivité).

La compréhension étiologique à laquelle se réfère le malade se situe souvent à l'intérieur de théories profanes largement enracinées dans la culture. Dans les sociétés africaines, la maladie a une représentation maléfique, elle est perçue comme mauvaise et pernicieuse. Elle est nuisible, nocive pour l'individu et le groupe. Cette approche maléfique existe aussi dans le monde occidental. L'apparition du SIDA dans les années 80 en est une illustration. *"Les populations, notamment en Europe ou au Etats-Unis, se sont raccrochées longtemps à l'idée que le péché de l'homosexualité, de la négritude, des pratiques sexuelles aberrantes, puis de la toxicomanie étaient à l'origine de la maladie"* (Drouard, 2002, p.135). Même de nos jours, et dans diverses sociétés, certaines maladies, surtout le SIDA et les maladies mentales, sont encore perçues comme honteuses et dévalorisantes. En revanche, l'infarctus du myocarde est valorisé du fait qu'il est attribué à une personne importante, surchargée de travail.

Dans la littérature médicale, psychosociale ou culturelle, le cancer est le malheur par excellence. La maladie que l'on ne nomme pas, dont on parle à mots couverts. Les métaphores autour du mot "cancer" sont multiples et fréquemment utilisées aussi bien dans le milieu social que médical. Attitude d'évitement qui confirme, dans une certaine mesure, l'idée profane selon laquelle *« il n'est pas bon d'évoquer ce que l'on craint, de peur de le faire apparaître »* (Drouard, 2002, p.136). Une telle vision maléfique peut prendre des explications différentes. Dans plusieurs cultures le cancer est perçu comme un mal lancé par un sorcier ou une volonté maligne, comme une punition pour un péché. C'est aussi parfois le destin qui frappe, avec tout ce qu'il peut avoir de terrifiant voire d'injuste. A ce niveau, maintes questions émergent : quelles croyances développent les malades tunisiens autour de la

pathologie cancéreuse ? Quelles attributions infèrent-ils? Recourent-ils davantage à des explications externes ou internes ? Face à une même maladie, qu'est-ce qui fait que les patients infèrent des causes plutôt que d'autres ? En poussant plus loin notre curiosité, nous nous demandons à quoi peuvent correspondre leurs variations interindividuelles ?

Mais la maladie peut aussi être perçue comme bénéfique. C'est le cas des malades qui pensent que leur vie a changé grâce à leur maladie en leur permettant de se découvrir une foi religieuse. En ce sens, Smaï-Haddadi (2007, p.38) écrit : « *Les données culturelles, notamment religieuses, semblent s'intégrer au fonctionnement psychique pour assurer une fonction économique visant la gestion de la vie pulsionnelle* ». Dans la même perspective, il y a ceux qui pensent que les malades et leurs proches ont besoin d'une force personnelle considérable pour s'adapter à l'expérience du cancer. Ils puisent alors dans leur foi, dans leurs croyances religieuses et spirituelles. D'après l'OMS (1999, p.69) « *les soins spirituels devraient être considérés comme un élément important du traitement anti-cancéreux.* ». Il est clair que les individus, face à la maladie, puisent dans la culture et ses mythes, soit pour chercher une explication causale soit pour trouver un remède. De ce fait, il s'avère intéressant de chercher, auprès de cancéreux musulmans, si l'expérience avec la maladie peut avoir cette part positive et enrichissante. Quelles sont leurs explications et interprétations religieuses?

Il ne suffit pas de chercher à l'intérieur des théories étiologiques quelle cause le malade attribue à son atteinte : il semble aussi important de voir si telle ou telle cause implique ou non la responsabilité de l'individu. Face à une maladie difficilement explicable, la cause est parfois projetée sur un responsable extérieur à la personne malade, telle qu'une volonté divine ou maligne. D'autres cas la personne assume une part de responsabilité dans son destin et recherche en elle-même ou dans son histoire l'origine de sa souffrance. Avec le cancer des poumons les malades se sentent, dans leur majorité, responsables de leur malheur du fait que la cause principale inférée, à l'intérieur des théories étiologiques savantes et profanes, est le tabagisme. Mais face à deux types de cancer (sein et colorectal) dont la causalité n'est toujours pas établie, les patients tunisiens développent-ils ce sentiment de responsabilité dans l'avènement de leur maladie ? Qu'est-ce qui fait que certains se sentent responsables alors que d'autres non ? Quel effet peut avoir le sentiment de responsabilité sur le choix de stratégies de coping ?

Une connaissance précise de la nature des attributions causales et le développement probable de sentiments de responsabilité envers un cancer de sein ou colorectal semblent nécessaires à la compréhension et à la modulation du processus d'ajustement psychologique.

Une fois que le malade a reconnu sa maladie (la nommer, lui attribuer une métaphore, une cause), il commence à chercher les moyens et les sources lui permettant de lutter contre cette adversité. Notre réflexion portera ainsi sur le rôle du contrôle perçu (CP) dans l'évolution de la maladie et dans le choix ultérieur des stratégies de coping. Tel est le deuxième objectif de la présente recherche.

Le contrôle perçu est un concept trop large pour être déterminé par un seul facteur. C'est pourquoi ce concept sera appréhendé à travers quatre théories majeures correspondant à ses différentes composantes, à savoir : le *Locus of control* de Rotter (1966), le sentiment d'efficacité personnelle de Bandura (1977), l'optimisme dispositionnel de Scheier et Carver (1985) et le soutien social perçu selon Bruchon-Schweitzer (1994).

Notre intérêt pour le concept du LOC découle de la perception de l'individu d'un lien entre son comportement et la prédiction et le contrôle des événements de sa vie. Approché dans le cadre d'une maladie inguérissable mais qui se soigne de mieux en mieux, le LOC fait que le patient assume une certaine responsabilité et devient un partenaire plus actif dans une expérience assez lourde et longue. Or le contrôle peut être aussi externe.

Suite à ce qui précède, il serait intéressant de dégager les croyances des patients souffrant de cancer du sein ou colorectal à propos des lieux de contrôle de leur atteinte. S'agit-il davantage de LOC interne ou externe ? Quelles sources personnelles déploient ces patients (comportements, caractéristiques) ? Un LOC interne induit-il un ajustement plus actif ? Il est aussi intéressant d'identifier les personnes et les forces externes qui peuvent représenter des sources de contrôle externes pour ces malades. Est-ce que les patients tunisiens, majoritairement croyants voire pratiquants, en prise avec une maladie aussi grave, expriment davantage une préférence pour un LOC-Dieu ou un LOC-médecin ? Une préférence pour l'un ou l'autre n'accentue-t-elle pas les sentiments d'impuissance et de résignation ?

La variable "LOC", à elle seule, ne peut pas rendre compte de toute la perception de contrôle. Un sentiment d'efficacité personnelle (SEP) paraît utile. Selon Rascle et Irachabal (2001/2, p107) « *les effets bénéfiques du CP reposeraient non seulement sur l'évaluation que l'individu fait de la situation aversive, mais aussi sur la certitude qu'il a de disposer de réponses comportementales qui seront efficaces.* »

Issue de la théorie socio-cognitive de Bandura (1977 ; 1986), la notion du SEP est une croyance qu'ont les individus en leurs capacités, en ce qu'ils peuvent faire dans diverses situations. Nombre d'études ont montré que le SEP prédit et explique le bien-être physique et mental des biens-portants (Nagels, 2008 ; François et Botteman, 2002) comme des malades

(Boehmer, Luszczynska et Schwarzer, 2007 ; Rottmann, Dalton, Christensen, Frederiksen et Johansen, 2010). Ainsi, un malade avec un fort SEP montre plus de combativité et moins de préoccupations anxieuses dans le contrôle et l'adaptation à son atteinte.

Nous approcherons le SEP à partir de l'estimation que la personne malade fait des exigences relatives à la situation en question, des ressources qu'elle possède ou croit posséder, et surtout de la capacité de les utiliser adéquatement dans cette situation. De ces considérations découlent les questions suivantes : est-ce que les patients tunisiens se sentent suffisamment efficaces dans le contrôle de l'évolution de leur maladie ? Quelles sont les sources de ce sentiment d'efficacité : est-ce le patient lui-même (ses connaissances, compétences, comportements) ou une autre personne significative (médecin par exemple) ? Est-ce que le renoncement par ces patients au contrôle personnel est le résultat d'un faible SEP ou de la croyance que les autres sont plus compétents à le faire ? Dans quel sens un SEP oriente-t-il le choix des stratégies de coping de ces patients ? Le malade avec un SEP élevé s'oriente-t-il davantage vers la résolution de son problème ou vers la régulation de ses émotions ?

Selon une approche cognitive, il y a des personnes qui s'attendent généralement à ce que de bonnes choses leur arrivent (ce sont les optimistes), et d'autres qui à l'inverse s'attendent de mauvaises choses, ce sont les pessimistes (Carver, Scheier, et Segerstrom, 2010 ; Gruber-Baldini, Ye, Anderson et Shulman 2009). L'effet protecteur de l'optimisme et l'effet délétère du pessimisme sont reconnus dans les études de psychologie de la santé. En effet, les patients pessimistes qui pensent ne pouvoir exercer aucun contrôle manifestent souvent une attitude d'évitement et de résignation. A l'opposé, les optimistes perçoivent une possibilité de contrôle de leur sort, ils s'engagent et fournissent des efforts. Par voie de conséquence, ces derniers ont davantage recours aux stratégies de coping orientées vers le problème et vers des manières efficaces pour leur régulation émotionnelle (Barnwell et Kavanagh, 1997 ; Carver, Pozo, Harris, Noriega, Scheier, Robinson, Ketcham, Moffat et Clark, 1993). Dans ce travail il est question, d'une part de discerner une probable différence interindividuelle sur le continuum optimisme-pessimisme, d'autre part d'examiner la détermination de cette dimension dans le contrôle de la maladie. Enfin, nous cherchons son effet sur l'ajustement des patients.

Avoir un cancer et tout faire pour le surmonter est un combat que l'on doit et que l'on peut mener avec un maximum de chances de réussite si l'on est bien entouré. Soignants et famille sont ainsi pour le malade les acteurs principaux censés lui apporter un recours dans ce contexte de vulnérabilité et de désarroi. En psycho-oncologie, et parmi les facteurs

déterminants de l'adaptation à la situation de la maladie cancéreuse, nous distinguons le soutien social perçu (SSP). Procidano et Heller (1983) définissent le SSP comme « *l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits* » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.333). Avec cette définition, le soutien est considéré comme une transaction entre l'individu et son environnement social. Il s'agit d'une notion complexe dont la disponibilité et la satisfaction forment les deux composantes majeures. Le SSP module et atténue l'impact des facteurs liés aux traitements et à la maladie. Son action est plutôt indirecte que directe en raison d'une modification de l'évaluation dans la perception de la situation stressante et de la promotion ultérieure d'une stratégie de coping plus efficace. Dans ce travail nous optons pour le SSP comme l'une des variables permettant d'évaluer le CP auprès des patients tunisiens dont la pathologie est très sérieuse. Le SSP renforce ainsi le sentiment de contrôle chez ces patients ce qui leur permet, dans une phase ultérieure, de développer les stratégies de coping nécessaires et appropriées à leur situation. De ce fait, des questions surgissent : quelles sont les sources perçues par les patients tunisiens comme disponibles pour leur fournir de l'aide ? Quel est le type de soutien le plus satisfaisant ? Dans quelle mesure la satisfaction par rapport au SSP encourage-t-elle les patients à développer une attitude positive et active envers leur souffrance ? A travers la réponse à ces questions nous aurons, dans un premier temps, une idée sur le soutien social et sa détermination du contrôle perçu chez les patients, et dans un deuxième temps une idée sur son effet médiateur dans le choix des stratégies d'ajustement efficaces.

L'ensemble de ces concepts représente un carrefour théorique. Socio-cognitivism, anthropologie, psychologie positive et psychologie de la santé nous offrent une compréhension de la maladie en tant que phénomène biopsychosocial, en tant qu'expérience singulière pensée et vécue, mais aussi socioculturelle partagée.

Quand on est en prise avec une maladie fatale comme le cancer on cherche, même de manière illusoire, à contrôler ce qui semble incontrôlable. L'individu établit un lien entre ses comportements et les événements de sa vie, lien basé sur les notions de mérite et de justice. D'après Lerner et Simmons (1966, p.504) « *croire que le monde est juste, c'est croire qu'il existe un lien nécessaire entre ce que font les gens et ce qui leur arrive, plus encore entre ce qui leur arrive et ce qu'ils ont fait, ou ce qu'ils sont : c'est croire, selon la formule désormais classiquement reprise par les auteurs, que « les gens obtiennent ce qu'ils méritent et méritent ce qu'ils obtiennent.* » (Chalot, 1980, p52). A travers cette croyance en un monde juste (CMJ),

ou encore illusion de justice, tout est ordonné et rien n'est du au hasard ou arbitraire. La maladie est ainsi méritée.

Certains pensent qu'il est injuste d'avoir un cancer. Un sentiment d'injustice amplifié avec la perception que l'on est une personne de vertu digne d'une vie plus heureuse. Une telle croyance en un monde injuste est généralement associée à la dépression, à de l'anxiété et d'autres symptômes psychologiques entravant tout processus adaptatif. C'est pourquoi la justice devrait être rétablie d'une manière ou une autre. Du fait de son ancrage culturel, la CMJ tisse un lien fort avec la religion. Dans le christianisme, le judaïsme mais aussi dans l'islam, Dieu récompense les personnes vertueuses et punit celles qui ne respectent pas les règles morales. Il s'agit d'une promesse divine selon laquelle les injustices, apparemment imméritées, seront récompensées dans l'au-delà. De ces considérations nous nous demandons si les patients tunisiens développent une croyance en un monde juste ou plutôt injuste. Notre intérêt pour ce concept renvoie aussi à sa fonction adaptative dans un contexte de maladie. La CMJ permet au patient de donner sens à son atteinte, de l'accepter et de percevoir un contrôle possible de la situation. Elle favorise aussi le maintien de son estime de soi et l'espoir d'un avenir meilleur. C'est pourquoi il sera question, dans ce travail, de chercher de probables corrélations entre d'une part la CMJ et d'autre part le LOC, le SEP et l'optimisme déterminant le contrôle perçu chez ces patients.

Une fois les croyances en matière de contrôle pour ce qui est de l'évolution de la maladie décelées et mesurées auprès de nos patients, nous chercherons leur effet sur le processus de coping. Tel est le troisième objectif dans ce travail de recherche.

Savoir vivre avec son cancer et se donner une chance de survie prolongée est une question d'ajustement psychologique. Suite aux évaluations de son problème (nature de la maladie, gravité, causes) et des ressources perçues dans le contrôle de son évolution (personnelles, situationnelles, sociales), le patient essaye de faire face en élaborant différentes stratégies de coping.

Le coping est l'ensemble des réponses cognitives, affectives et comportementales d'ajustement déployé afin de modifier une situation aversive et gérer le stress émotionnel qui en découle (Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001). Nous distinguons le coping centré sur le problème, le coping centré sur l'émotion et celui orienté vers la recherche de soutien.

Fortement lié à la personne malade et à sa situation problématique, l'ajustement psychologique est objet de différentes déterminations. Certains facteurs ont des effets directs (ou principaux), indirects (médiateurs) ou encore d'interaction (modérateurs). Dans la présente étude, l'âge, le genre, le NSC du patient, ainsi que la nature de son atteinte (cancer

du sein/cancer colorectal) représentent des prédicteurs dont l'effet est direct sur le choix de stratégies de coping chez nos patients. Le coping, qui se réfère à la théorie cognitive du stress (Lazarus et Folkman, 1984), est approché dans cette étude en tant que processus transactionnel. Les réponses d'ajustement sont régies par l'interaction entre la personne malade (valeurs, croyances, traits de personnalité, apprentissage) et son environnement (nature de la maladie, sa contrôlabilité, durée). De ce fait, les attributions causales, le sentiment de responsabilité ainsi que le contrôle perçu développés chez nos sujets représentent les processus transactionnels déterminant, à leur tour, l'ajustement psychologique face au cancer. Leurs effets sont soit modérateurs soit médiateurs, jouant un rôle de modulation de l'effet des prédicteurs sur le coping des malades.

Au regard de ce qui précède, nous allons discerner les modes d'ajustement psychologique déployés par les patients tunisiens souffrant de cancer du sein ou colorectal. Il est ensuite question de voir le rôle protecteur ou fragilisant que peuvent jouer les facteurs cités ci-dessus ainsi que leur degré de détermination dans le choix des stratégies de coping. Nous nous sommes plus particulièrement intéressés à l'influence des variables personnelles, en l'occurrence, cognitives. Nous avons aussi fait appel à des facteurs situationnels. La représentation du cancer et de ses causes repérées chez les proches ainsi que le contrôle perçu et le coping tels que conçus par les infirmiers sont pris en considération dans ce travail.

En résumé, le coping représente un concept fondamental dans la présente thèse. Il est multi-déterminé et régit par des processus transactionnels. Chaque groupe de facteurs explique, directement ou indirectement, une certaine part de variance dans l'ajustement psychologique des malades. D'autres questions portant sur le sujet du coping seront abordées dans cette étude telle que l'efficacité des stratégies, le recours aux médecines non-conventionnelles et le coping religieux.

Cette problématique se décline ainsi en trois principaux questionnements qui débouchent ultérieurement sur les hypothèses de la recherche:

Q1 : Quelle causalité attribuent les patients tunisiens au cancer du sein et colorectal et comment interprètent-ils leurs expériences avec cette maladie ?

Q2 : Y a-t-il, à travers certaines variables dispositionnelles et sociales, perception de contrôle de l'évolution de la maladie chez ces malades ?

Q3 : Dans quelle mesure la causalité et le contrôle perçu de l'évolution de la maladie déterminent-ils le choix des stratégies de coping chez les patients ?

I. CADRE THEORIQUE

CHAPITRE 1. Modèles théoriques appliqués à la santé et la maladie

Différents modèles théoriques ont marqué le champ de la santé. Nous citerons les modèles dits "sociocognitifs" (modèle des croyances de santé, théorie de l'action raisonnée, théorie du comportement planifié, théorie du processus du comportement de santé), mais aussi le modèle biomédical, le courant psychosomatique, l'approche épidémiologique, le modèle biopsychosocial, le modèle interactionniste, le modèle transactionnel et le modèle intégratif et multifactoriel (Bruchon-Schweitzer, 2002). Nous présentons, en dernier lieu, le modèle intégratif et explicatif de l'ajustement psychologique des malades cancéreux que nous avons conçu spécialement pour la présente recherche.

1. Les modèles socio-cognitifs

Plusieurs modèles théoriques ont été élaborés pour expliquer pourquoi et comment les individus adoptent des comportements de santé ou en changent. Ces modèles mettent l'accent essentiellement sur les croyances, les normes, les attitudes, les intentions, etc. L'importance de ces modèles est non négligeable du fait que les comportements sains, lorsqu'ils sont adoptés, permettent de promouvoir la santé des individus.

1.1. Le modèle des croyances de santé (HBM)

Le *Health Belief model* a été développé par Rosenstock (1966) puis par Becker, Mainman et Rosenstock (1974, 1975, 1984) pour prédire les comportements sains ou à risques à partir de certains facteurs cognitifs (croyances, évaluation, perceptions). Selon cette approche, les comportements sont prédits par un ensemble de croyances centrales qui ont été redéfinies au fil des années. A l'origine du HBM, la probabilité qu'un individu adopte un comportement sain (faire du sport, consulter un médecin), est déterminée par certaines croyances portant essentiellement sur la perception :

- de la vulnérabilité à une maladie ou "vulnérabilité perçue" (ex : « Mes chances de contracter un cancer des poumons sont élevées ») ;
- de la gravité de la maladie ou "gravité perçue" (ex : « Le cancer des poumons est une maladie grave ») ;
- les coûts associés à l'adoption du comportement sain ou "coûts et obstacles perçus" (ex : « Arrêter de fumer me rendra irritable ») ;
- des bénéfices associés à l'adoption du comportement sain "bénéfices perçus" (ex : « Arrêter de fumer me fera économiser de l'argent ») ;
- des incitations à agir, qui peuvent être internes (ex : Avoir le souffle court) ou externes (ex : Informations reçues *via* des brochures).

Plusieurs études ont supporté les prédictions du HBM : l'observance d'un régime, les vaccinations, une bonne hygiène dentaire, le recours au dépistage, l'usage du préservatif, etc. sont prédits par la vulnérabilité et la gravité perçues vis-à-vis des problèmes de santé associés et par le fait que les bénéfices de l'adoption de ces comportements dépassent leurs coûts (Desrichard, 2008).

Pour améliorer les capacités prédictives et explicatives du modèle, d'autres variables lui ont été ajoutées. Becker et Mainman (1975) ont ajouté le rôle des attitudes des individus vis-

à-vis de la santé en générale ; Becker et Rosenstock (1984) ont ajouté deux catégories d'antécédents : socio-démographiques et individuels. (Figure 1)

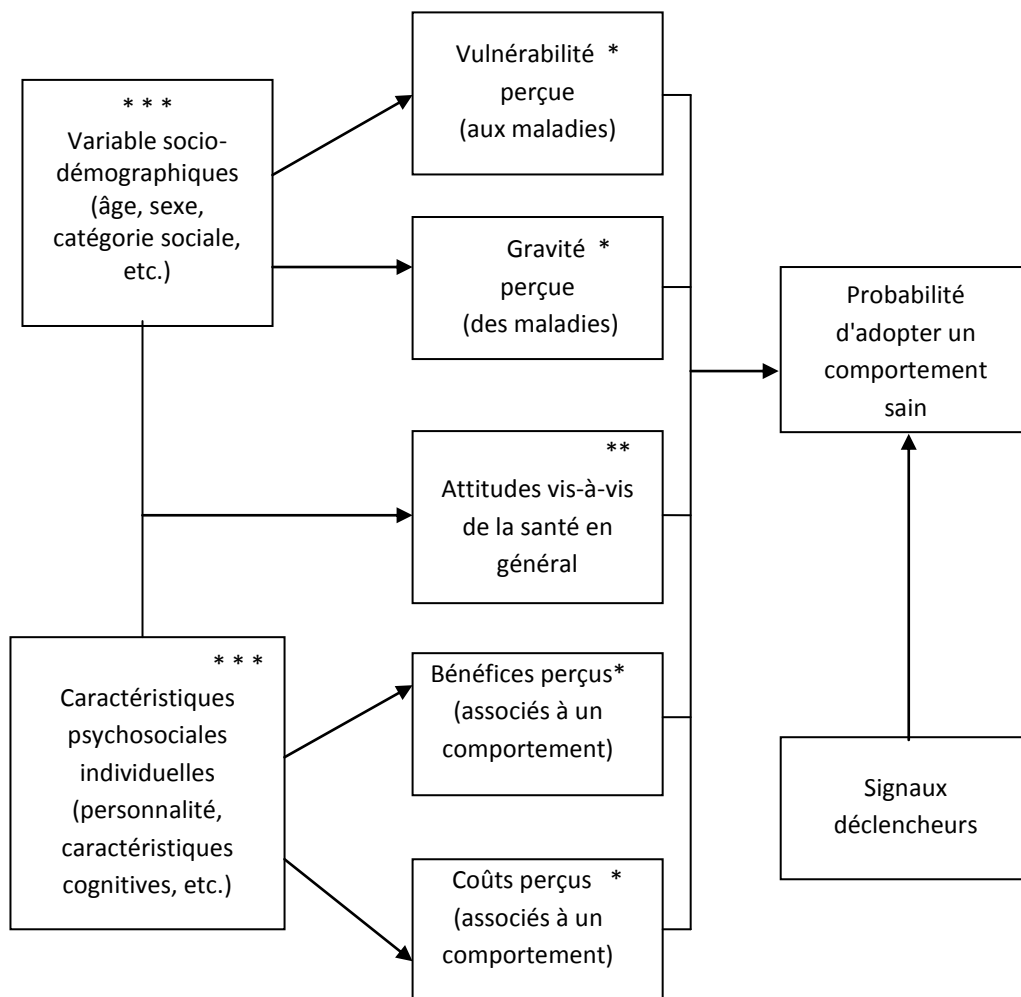


Figure 1: Health Belief Model (Rosenstock*, 1966, 1974; Becker et Mainman**, 1975; Becker et Rosenstock***, 1984; Bruchon-Schweitzer, 2002)

Le modèle du HBM a eu un impact important sur l'élaboration de plusieurs programmes de prévention (tuberculose, cancers, sida). Cependant, le HBM a été critiqué à cause de certains résultats contradictoires issus d'études testant la valeur prédictive du modèle, mais aussi à cause de ses limites conceptuelles et méthodologiques (Desrichard, 2008 ; Bruchon-Schweitzer, 2002). D'autres modèles vont donc être développés pour étudier toujours les croyances, motivations et normes qui prédisent l'adoption d'un comportement sain ou l'intention comportementale, mais aussi pour comprendre pourquoi certains individus réussissent ou échouent dans le maintien d'un tel comportement. Certaines cognitions sociales représentent les composantes centrales de ces modèles. Il s'agit de la manière dont la

personne se représente son monde social. Cela se retrouve par exemple dans le concept de "croyances normatives" présent dans la théorie de l'action raisonnée.

1.2. La théorie de l'action raisonnée (TAR)

La *Theory of Reasoned Action* a été élaborée par Ajzen et Fishbein (1980), puis reformulée par Terry, Gallois et Camish (1993). Elle a replacé la personne, avec ses croyances et décisions, dans son contexte psychosocial. Selon Bruchon-Schweitzer (2002, p. 37) « *Le modèle TRA comprend divers chaînons intermédiaires qui manquaient dans le HBM. Il souligne le rôle central de certaines cognitions sociales, comme les normes sociales et les normes subjectives dans la genèse de certains comportements. En outre, il inclut à la fois des croyances (relatives aux conséquences d'un comportement) et l'évaluation de ces conséquences, l'ensemble constituant les attitudes. Ce modèle situe bien l'individu dans son contexte psychosocial et laisse de la place à des processus d'évaluation* ». (Figure 2)

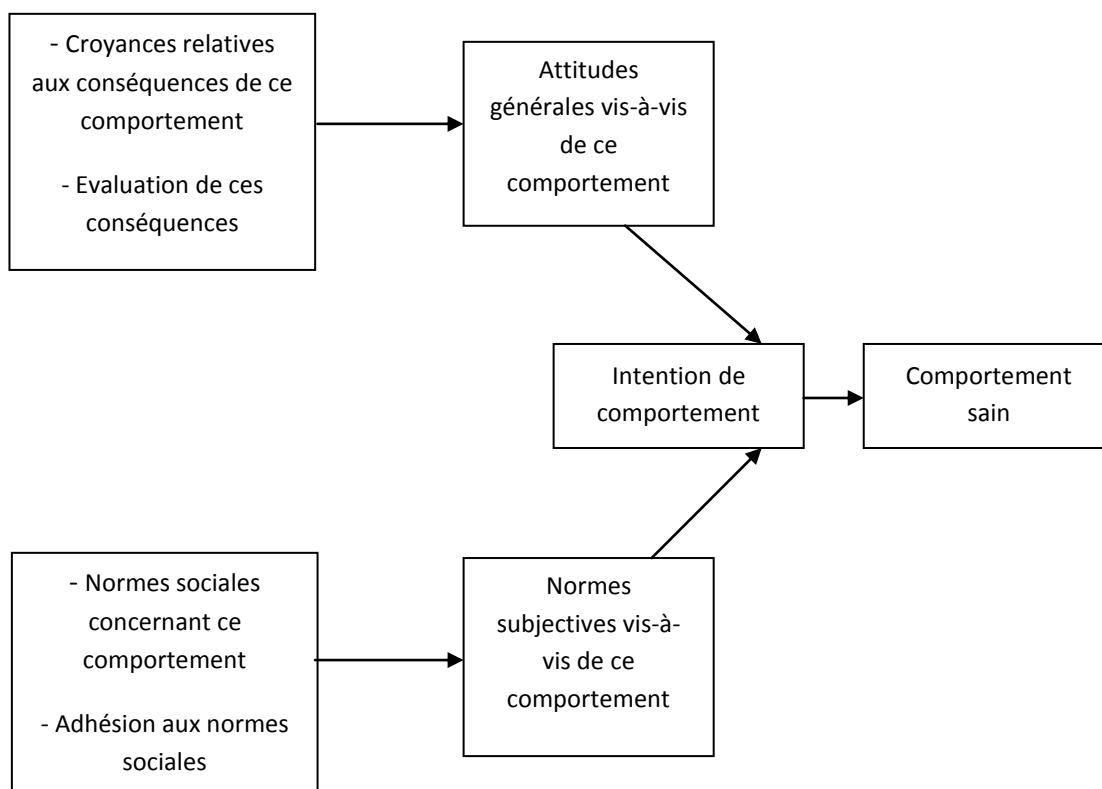


Figure 2 : Théorie de l'action raisonnée (TAR) (Bruchon-Schweitzer, 2002)

Ainsi, l'adoption d'un comportement sain (faire de l'exercice, par exemple) est prédite par l'intention de s'engager dans cette action, intention qui, à son tour, est prédite par deux facteurs. D'un côté les attitudes générales de l'individu (favorables, par exemple, à la pratique d'activités physiques), ces attitudes étant elles-mêmes fonction de croyances concernant les conséquences du comportement et pondérées par la valeur attribuée à chaque conséquence.

D'un autre côté, cette intention est prédite par des normes subjectives (des personnes de référence l'encouragent-elles à adopter ce comportement ?), ces normes étant fonction de la pression perçue comme exercée par autrui (s) significatif (s) et pondérées par le désir d'adhérer à leur jugement (Bruchon-Schweitzer et Quitard, 2001). Des études ont révélé que le maintien du comportement de santé adopté s'estompe au fil du temps, de ce fait les chercheurs ont essayé d'améliorer la valeur prédictive du TAR.

1.3. La théorie du comportement planifié (TPB)

La *Theory of Planned Behavior*, développée par Ajzen et Madden (1985, 1986), est une extension de la TAR intégrant un facteur supplémentaire qui est le "contrôle comportemental perçu", concept dérivé de celui de l'efficacité perçue (Bandura, 1977). L'intention comportementale est ainsi prédite, comme à l'intérieur de la TAR, par l'attitude générale vis-à-vis du comportement à adopter et par les normes subjectives, tout en ajoutant le contrôle comportemental perçu. Le contrôle comportemental perçu « prend la forme d'une évaluation de la personne de ses capacités à émettre le comportement. Il est déterminé par les croyances sur la présence de barrières ou éléments facilitateurs externes (obstacles, ressources, etc.) ou internes (motivation, volonté habiletés, etc.) pondérées par la force perçue de ces barrières ou des éléments facilitateurs (ex : « Le patch nicotinique va m'aider, mais pas beaucoup », « ma volonté est suffisamment forte pour réussir à arrêter de fumer ») » (Desrichard, 2008, p. 34). Le contrôle comportemental perçu peut avoir un effet direct sur le comportement sans passer par l'intention. (Figure 3)

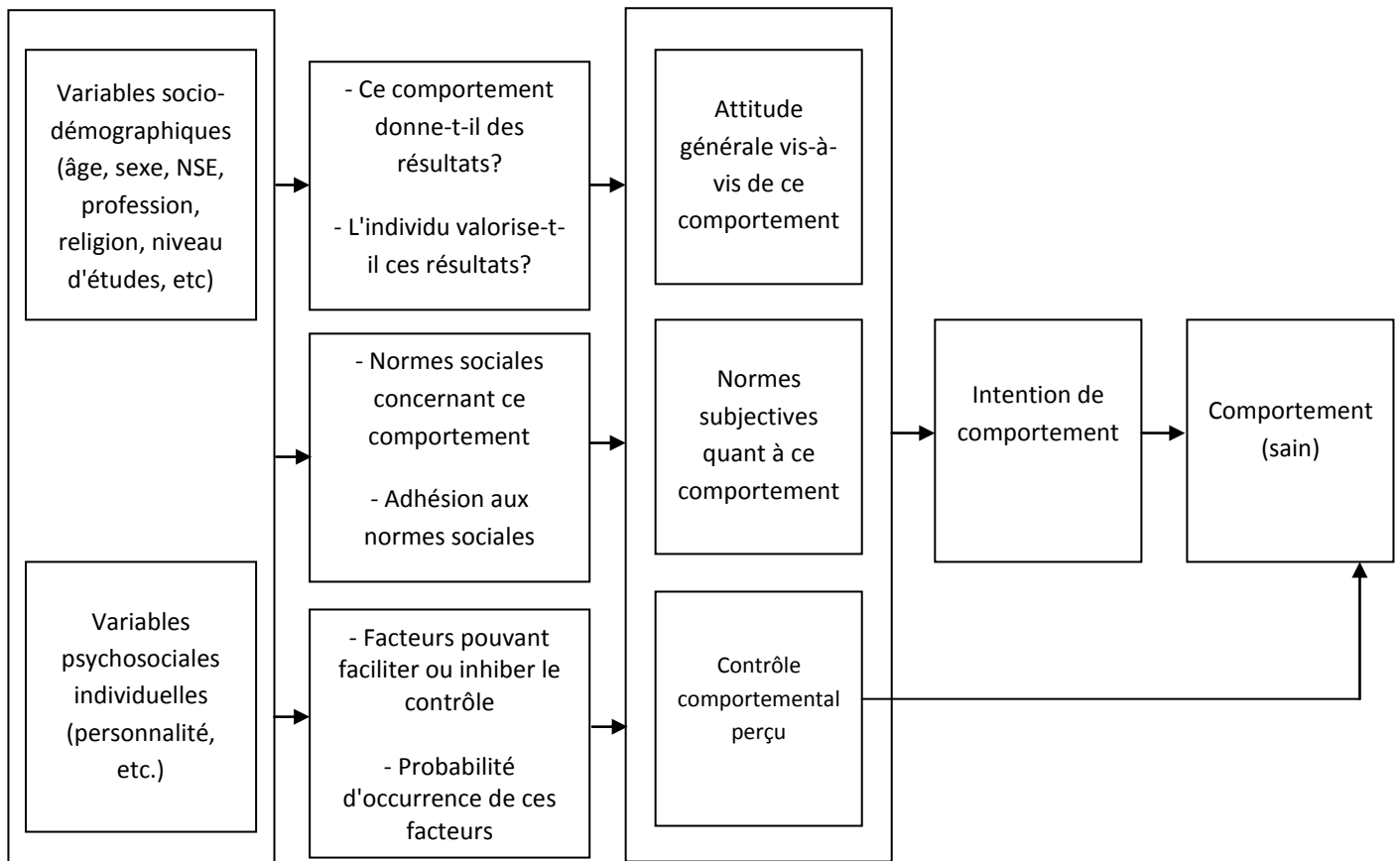


Figure 3 : Théorie du comportement planifiée (TCP) (Bruchon-Schweitzer, 2002)

Bruchon-Schweitzer (2002, p. 38), en se référant à Conner et Norman (1995), a formulé ainsi les hypothèses sous-jacentes à ce modèle : « *Les individus sont prêts à adopter un comportement sain particulier s'ils croient que ce comportement donne des résultats, résultats qu'ils valorisent, que les gens dont le point de vue est important pour eux pensent qu'ils devraient se comporter ainsi et s'ils considèrent que l'action envisagée est contrôlable* ». Schwarzer (1992) a critiqué le modèle de la TPB du fait qu'il ne propose ni perspectives temporelles ni directions de causalité entre les facteurs étudiés.

1.4. La théorie du processus du comportement de santé (HAPA)

La *Health Action Process Approach* a été développée par Schwarzer (1992). Cet auteur a retenu certains facteurs des modèles antérieurs (vulnérabilité et gravité perçue, croyances, intentions et l'auto-efficacité perçue) en tant que déterminants prédictifs de l'adoption des comportements sains. L'apport de la HAPA concerne la distinction entre une étape motivationnelle et une autre, comportementale. L'étape motivationnelle est dominée par divers facteurs : menace perçue (déterminée par la vulnérabilité et la gravité perçues de la

maladie), croyances relatives aux conséquences du comportement (ex : « Arrêter de fumer va améliorer ma santé ») et attentes d'auto-efficacité (ex : « Je suis capable d'arrêter de fumer »). Cette étape contribue à l'élaboration de l'intention d'agir (par exemple, prendre la décision de s'arrêter de fumer). L'individu passe ensuite à l'étape comportementale (ou étape d'action). Divers facteurs cognitifs (volitionnels ou relatif à la volonté), situationnels et comportementaux régis par des mécanismes auto-régulateurs (fonctionnement en boucle) débouchent sur des actions effectives (par exemple, adoption et/ou maintien de l'abstinence tabagique). Les facteurs cognitifs sont constitués de plans d'action (ex : « Si on me propose une cigarette je penserai à l'effet que fumer peut faire sur les poumons ») et de contrôles de l'action (ex : « Je peux résister à une cigarette en me disant que je suis non-fumeur »). De tels facteurs cognitifs influent sur la volonté de l'individu. Pour ce qui est des facteurs situationnels, ils rassemblent le support social (ex : la présence d'amis encourageant l'individu) et l'absence d'obstacles (ex : le coût financier que représente l'adhésion à un club de fitness). Le modèle de la HAPA met l'accent sur l'auto-efficacité. Cette dernière joue un rôle prédictif important sur l'intention d'agir. Elle contribue aussi au maintien du comportement en influençant l'étape d'action à travers son effet sur les facteurs cognitifs (Desrichard, 2008). Malgré le fait qu'il est plus dynamique que les précédents, le modèle du HAPA a été critiqué. Ce modèle a occulté tout déterminant émotionnel et ne précise pas vraiment le rôle des facteurs sociaux et environnementaux.

1.5. Limites des modèles socio-cognitifs

Les modèles socio-cognitifs ont fourni un cadre structuré et systématisé pour comprendre les croyances et leur rôle dans la prédiction des comportements de santé. Cependant, ces modèles ont été largement critiqués.

Certaines variables conatives ont marqué leur présence dans les modèles et approches de cognitions sociales mais leur rôle était assez secondaire (ex : l'auto-efficacité dans le HAPA). La notion de croyance a été étudiée, conceptuellement et opérationnellement, de manière réductrice et décontextualisée. Elle a été traitée, selon Ogden (1996), comme des unités d'information, sa valeur prédictive ou explicative des comportements n'a pas été recherchée dans son contexte de réalisations d'actions, qu'ils s'agissent des contextes interpersonnels, culturels ou sociaux (Bruchon-Schweitzer et Quitard, 2001). Certaines autres variables ont été occultées par les modèles socio-cognitifs qui ont cherché à prédire l'adoption de comportements de santé à travers, quasi exclusivement, les processus cognitifs. Les processus émotionnels sont absents malgré leur effet très probable sur l'intention et l'adoption

des comportements (ex : coping émotionnel, optimisme, etc.). L'identité personnelle est l'une des variables proposées pour améliorer la prédiction de l'intention, l'individu n'adoptant un comportement que si celui-ci correspond à son image (Desrichard, 2008).

Enfin, les modèles socio-cognitifs ont montré une grande faiblesse prédictive du maintien de certaines conduites ou comportements de santé à plus ou moins long terme (résultats inconstants), ce qui nécessite le recours à d'autres variables (dispositionnelles, motivationnelles, contextuelles) tout en pensant davantage aux processus et transactions qui devraient les régir.

2. Modèles prédictifs et explicatifs de la santé et de la maladie

Si les modèles socio-cognitifs tiennent à prédire les comportements de santé en valorisant certains facteurs cognitifs (normes, croyances, attitudes), les modèles prédictifs et explicatifs de la santé essayent de prédire la santé mais aussi les maladies (déclenchement, évolution) en mettant l'accent sur les facteurs environnementaux, dispositionnels et biologiques.

2.1. Les modèles linéaires

2.1.1. Le modèle biomédical

Il s'agit du modèle le plus classique mais aussi prédominant dans la médecine contemporaine. Selon le modèle biomédical, la santé est synonyme d'absence de maladie. La maladie se passe dans le corps et correspond à un dysfonctionnement organique dû à des causes externes (traumatisme, infection, etc.) ou internes (tumeurs, lésions, etc.). Le malade n'est pas donc responsable de sa maladie, et par conséquent les professionnels de la santé, qui s'intéressent à la maladie plus qu'à la personne malade, sont seuls responsables des traitements. La prise en charge médicale est essentiellement basée sur une étiologie organique suivant une causalité linéaire (causes → effets).

L'intérêt du modèle biomédical réside dans sa grande utilité pour combattre les maladies infectieuses et développer les vaccins et les antibiotiques. On reproche à ce modèle son exclusion de la personne malade en tant qu'être humain, social et culturel. Le modèle est réducteur, il ne permet pas de comprendre le développement et l'évolution multifactoriels des maladies (Senon et Lafay, 1998). Selon ce modèle, la maladie peut engendrer des conséquences psychologiques sans pour autant être lié à des causes psychologiques. Par exemple, le cancer peut déclencher une humeur dépressive mais l'humeur n'est pas considérée comme un élément qui peut influencer l'évolution du cancer.

2.1.2. L'approche psychosomatique

Cette approche s'intéresse aux causes psychologiques des maladies somatiques (atteintes du corps). Ainsi, le développement de certaines maladies (respiratoires, dermatologiques, cardio-vasculaires, cancéreuses) peut être dû à des facteurs psychologiques. La notion de causes psychologiques reste vague et diffère d'une école à une autre. Pour Frantz Alexander, de l'école de Chicago, on entend par facteur psychosomatique une "structure psychique et un profil de personnalité particulier". Alexander étudie la vulnérabilité individuelle et la fragilité constitutionnelle congénitale qui font que l'organisation somatique s'articule avec la structure psychique. Pour Pierre Marty, de l'Institut Psychosomatique de Paris, il s'agit d'une structure psychique particulière ayant des difficultés de mentalisation (pauvreté d'imagination et de symbolisation) avec un mode de pensée opératoire dominant et traduisant une défaillance du fonctionnement psychique (Senon et *al.*, 1998). Le modèle psychosomatique a le mérite de lier les phénomènes psychologiques à leurs manifestations somatiques. Cependant, un tel modèle n'a pas pu affirmer le rôle étiologique de certaines expériences traumatiques précoces (Bruchon-Schweitzer, 2002).

2.1.3. L'approche épidémiologique

L'approche épidémiologique consiste à comparer des groupes de sujets sains et malades pour chercher les facteurs qui font que certains sujets tombent malades alors que d'autres non. Deux groupes de personnes (fumeurs/non-fumeurs, par exemple) sont soumis à une étude longitudinale. Le chercheur observe les changements qui apparaissent chez les sujets des deux groupes afin de vérifier si le développement d'une maladie (ex : cancer des poumons) est lié à certaines conditions (le fait de fumer). De telles études épidémiologiques peuvent aider à déceler les comportements à risques dans le développement de certaines maladies. Toutefois, les études épidémiologiques ont procédé par tâtonnement et arrivent le plus souvent à des listes de caractéristiques disparates difficiles à interpréter (Bruchon-Schweitzer, 2002). En résumé, les modèles linéaires (biomédical, psychosomatique et épidémiologique) supposent des relations linéaires de causes à effets (antécédents → issues). (Figure 4)

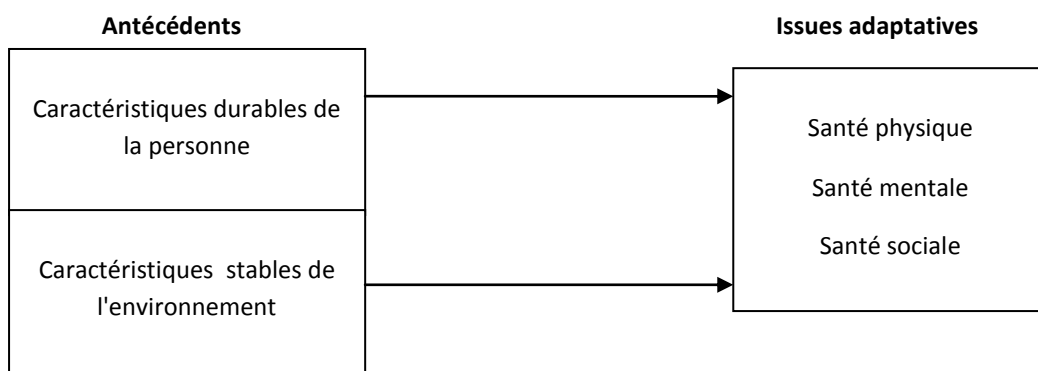


Figure 4 : Modèles impliquant une causalité linéaire (causes \longrightarrow effets) en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002)

2.2. Le modèle biopsychosocial

Elaboré par Engel (1980) ce modèle est « *une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie* » (Berquin, 2010, p. 1512). Selon Engel (Bruchon-Schweitzer, 2001, p.67) « *les différents aspects de la santé et de la maladie sont organisés de façon hiérarchique selon un continuum permettant de les classer des plus généraux (culture, communauté, famille) aux plus spécifiques (individu, organes, cellules,...). Si chaque système, ou niveau, peut être étudié de façon autonome et selon des méthodes appropriées, ce modèle implique l'interdépendance entre tous les niveaux du modèle (le fonctionnement d'un modèle dépendant de celui de tous les autres)* ». (Figure 5)

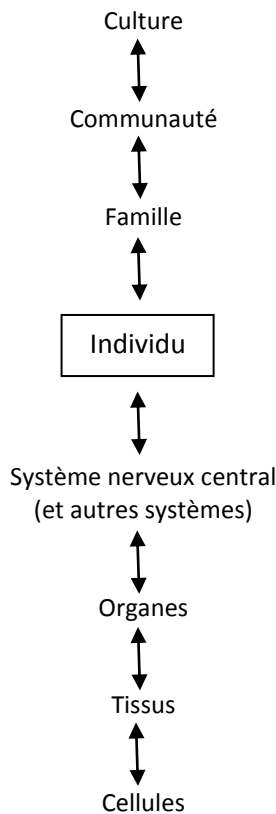


Figure 5 : Modèle biopsychosocial (Bruchon-Schweitzer, 2002)

Ce modèle a permis un élargissement des perspectives. Le soignant, au cours de l'évaluation, prend en compte les attitudes, croyances, attentes, comportements, facteurs émotionnels et relationnels, le contexte social, culturel et professionnel de la personne malade. Un malade qui devient à son tour plus actif (Berquin, 2010). Quoique le modèle biopsychosocial ait pu, dans une certaine mesure, remplacer les systèmes de causalités simples et linéaires par des causalités multiples et bidirectionnelles, il reste toutefois trop global du fait qu'il ne tient pas compte de la place des facteurs dans une chaîne d'imputations causales allant des antécédents aux issues.

2.3. Les modèles interactionnistes

« Selon les modèles environnementaux et personologiques, [...] certaines variables contextuelles (événements de vie, facteurs socio-démographiques, socio-économiques, etc.) ou certaines caractéristiques personnelles (facteurs de personnalité pathogènes et saluthogènes) ont un impact, bénéfique ou nocif, sur l'état de santé ultérieur (santé physique, mentale ou sociale). [...] Selon les modèles interactionnistes utilisés en psychologie de la santé, c'est

l'effet conjugué de divers antécédents qui affecte la qualité de vie, certaines configurations de prédicteurs s'avérant particulièrement pathogènes. [...] Selon l'un des modèles interactionnistes du stress professionnel, le « Person-Environment Fit Model » de French et al. (1982), ce ne sont ni les caractéristiques de l'environnement de travail en elles-mêmes (E), ni les caractéristiques personnelles de l'employé (P) qui sont aversives, c'est leur plus ou moins grande « compatibilité » (fit). On évalue donc l'écart entre P (par exemple les besoins, motivations ou compétences d'un employé) et E (tout ce que requiert l'exercice du poste) » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 88).

Les modèles interactionnistes ont le mérite de mettre en valeur l'interaction entre les facteurs environnementaux et personnels dans l'explication de la santé ou de la maladie. Cependant, et pour des raisons de commodité, on se contente d'évaluer la situation telle que perçue par l'intéressé. Pour les mêmes raisons, on se contente d'évaluer l'écart perçu entre les variables contextuelles et personnelles plutôt que de calculer leurs véritables effets d'interaction (Bruchon-Schweitzer, 2002). Les modèles interactionnistes restent statiques du fait qu'ils ne tiennent pas compte des processus qui peuvent régir les différents facteurs dans une dynamique plutôt transactionnelle.

2.4. Les modèles transactionnels

Malgré leur développement, les modèles linéaires impliquant des "causes" et des "effets" sont considérés comme trop simplistes et réducteurs pour rendre compte de la complexité de la maladie et de la personne malade. Les modèles interactionnistes, pour leur part, sont limités. Les interactions entre les antécédents et les issues n'expliquent pas tout, c'est pourquoi on s'intéresse davantage aux transactions et aux processus transactionnels qui les régissent. Des modèles prédictifs et explicatifs plus complexes ont ainsi gagné du terrain, en l'occurrence le modèle transactionnel (Lazarus et Folkman, 1984) et le modèle intégratif et multifactoriel (Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994) qui représentent nos sources d'inspiration dans cette recherche.

2.4.1. Modèle transactionnel (Lazarus et Folkman, 1984)

Elaboré en 1984 par Lazarus et Folkman, le modèle transactionnel du stress présente une conception cognitive du stress. Il s'agit d'un modèle multifactoriel qui s'intéresse aux « transactions "actuelles" entre individu et environnement, c'est-à-dire aux efforts cognitifs, émotionnels et comportementaux déployés par les individus pour s'ajuster à des situations aversives, stressantes. Ces transactions se déroulent en deux phases essentielles : phase

d'évaluation primaire et secondaire, élaboration de stratégies d'ajustement ou "coping". Ce sont ces processus transactionnels qui joueraient un rôle fondamental (médiateur ou modérateur) en modulant l'impact des antécédents environnementaux et dispositionnels sur l'état de santé ultérieur. » (Bruchon-Schweitzer, 2002, pp.89-90).

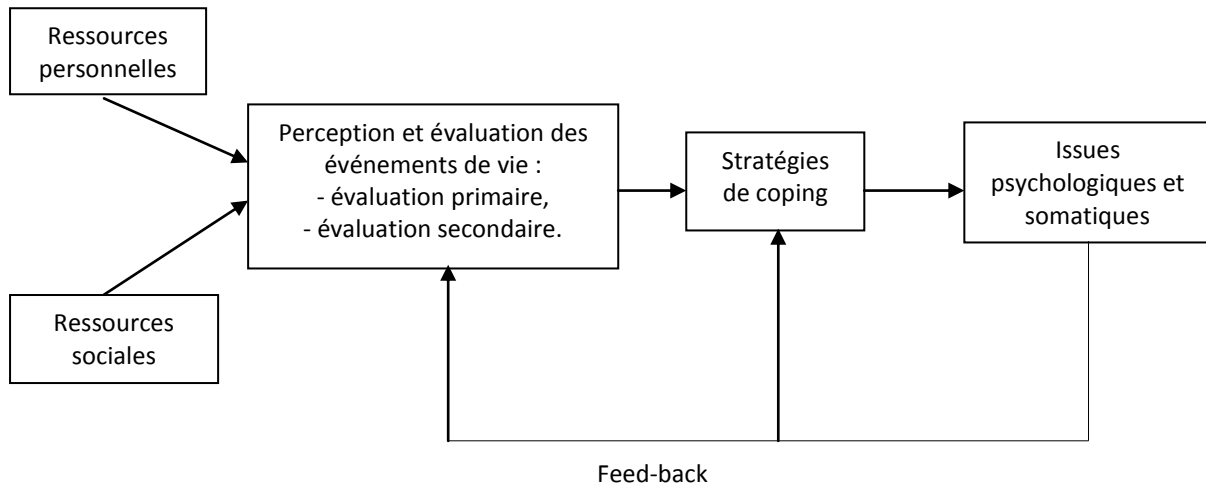


Figure 6 : Modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (Bruchon-Schweitzer, 2002)

Selon le modèle transactionnel, appelé aussi "modèle d'évaluation", les individus sont des êtres psychologiques qui évaluent leur environnement et ne le subissent pas passivement. L'évaluation est ainsi un concept de toute importance permettant une nouvelle compréhension de la réponse au stress (Desrichard, 2008).

2.4.1.1. Phase d'évaluation

L'évaluation est un processus cognitif au travers duquel la personne perçoit, en fonction de ses valeurs, attentes et histoire, une situation ou un événement comme stressant ou pas. C'est un contexte subjectif qui est au centre de ce modèle et non le contexte tel qu'il est réellement. La personne, face à une situation quelconque (contraintes de la situation) et compte tenu de ce qu'elle est (expériences antérieures), procède à une évaluation de la situation (nature, gravité, fréquence, contrôlabilité, etc.) et à une évaluation de ses ressources (personnelles et sociales) pour y faire face. Les processus transactionnels les plus étudiés au cours de cette phase sont : le stress perçu, le contrôle perçu et le soutien social perçu, mais il en existe beaucoup d'autres (recherche de sens, attribution causale, sentiment d'efficacité perçue, vulnérabilité perçue, etc.) (Bruchon-Schweitzer, 2002). Les transactions se déroulent donc en deux phases : évaluation de la situation (ou évaluation primaire) et évaluation des ressources (ou évaluation secondaire).

- évaluation primaire (ou stress perçu)

Lazarus et Folkman (1984) définissent le stress comme « *une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et pouvant menacer son bien-être* » (Bruchon-Schweitzer et al., 2002, p. 290). Selon cette conception, ce n'est pas le stress "objectif" (événement stressant en lui-même ou « stressseurs ») qui importe mais plutôt le stress "perçu" (évaluation cognitive et subjective des retentissements émotionnels et physiologiques qui modulent déjà la relation entre stressseurs et état de santé). C'est le fait que la personne perçoit la situation comme stressante ou pas, en identifiant par exemple sa nature, gravité, durée, etc. Ainsi, une même situation peut être perçue par une personne comme une menace, par une autre comme un défi. Certaines études ont montré que le stress perçu est plus prédictif que le stress "objectif ou réel".

Comme le postule Dantzer (1994), le stress perçu ne devrait pas être confondu ni avec les caractéristiques de la situation stressante ou "stressseurs", ni avec la personne en question. Il s'agit bien d'une transaction entre l'individu et son environnement conduisant l'individu à percevoir un écart entre les exigences de la situation et les ressources possibles. Ce qui est stressant est cet écart (ou discordance) qui peut être, en lui-même, réel ou simplement perçu (Bruchon-Schweitzer et Quitard, 2001 ; Bruchon-Schweitzer, 2002).

- évaluation secondaire (ou contrôle perçu et soutien social perçu)

Une fois la situation évaluée, l'individu évalue ses ressources personnelles et sociales pour y faire face. Cette phase d'évaluation porte essentiellement sur le contrôle perçu et le soutien social perçu.

Le contrôle perçu (CP) est l'estimation par le sujet de sa capacité à maîtriser la situation. Le CP est une évaluation spécifique et transitoire (déterminée par la phase précédente) relative à un événement bien particulier. Selon l'approche transactionnelle, le CP est le résultat de la transaction entre l'individu (ayant des croyances quant à sa possibilité de contrôler les événements) et une situation (ou événement particulier plus ou moins contrôlable objectivement). Les études ont révélé que le CP joue un rôle protecteur pour la santé (facteur de pronostic : modère la douleur, améliore l'état fonctionnel de certains patients) alors qu'un sentiment de perte de contrôle s'avère pathogène et augmente le risque de développer certaines maladies comme les cancers et les maladies coronariennes (Bruchon-Schweitzer et Quitard, 2001).

Le soutien social perçu (SSP) est la croyance qu'autrui peut nous aider en cas de besoin. L'individu évalue les ressources que son réseau social lui procure. Selon maintes recherches (Cohen et Wills, 1985 ; Barrera, 1986, Razavi et Delvaux, 1998 ; Cousson-Gélie, 2001 ; Hoyt et Staton, 2011), le SSP a un effet protecteur pour la santé : il renforce le sentiment de contrôle, accroît le bien-être et la qualité de vie de certaines personnes (malades, professionnels), il atténue l'effet stressant de certaines situations, etc. Le SSP peut agir directement (adoption de comportements sains) et indirectement (choix des stratégies de coping) quant à l'issue de la maladie. Certaines recherches ont confirmé l'hypothèse transactionnelle classique de Lazarus et Folkman (1984) selon laquelle le soutien social précède les stratégies de coping et affecte leur élaboration. D'après diverses études, un soutien social important correspond à l'utilisation de davantage de stratégies de coping centrées sur le problème et à moins de stratégies centrées sur l'émotion (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Ces deux processus évaluatifs fonctionnent en interaction. Ils sont aussi liés à ce qui les précède dans le modèle (antécédents individuels et contextuels qui atténuent ou amplifient le stress et le contrôle perçu) et à ce qui les suit (stratégies de coping et leurs effets rétroactifs permettant des réévaluations) (Bruchon-Schweitzer et Quitard, 2001 ; Bruchon-Schweitzer, 2002).

2.4.1.2. Phase d'ajustement (ou *coping*)

Suite aux évaluations de la situation stressante et des ressources disponibles, l'individu essaye de faire face en élaborant différentes stratégies d'ajustement ou de coping. Le coping, selon l'approche transactionnelle, est l'ensemble des réponses d'ajustement à des situations aversives (Bruchon-Schweitzer et Quitard, 2001). Les réponses déployées par l'individu pour s'ajuster à des situations aversives peuvent être de nature cognitive, affective et/ou comportementale (ex : dire d'une tumeur cancéreuse que ce n'est qu'un kyste bénin, se distraire et ne pas penser à sa maladie, établir un plan d'action). Ces stratégies de coping auront à leur tour un effet rétroactif (feed-back) sur l'évaluation primaire.

Trois types de stratégies ont été établies : le coping centré sur le problème (gérer et contrôler la situation-problème), le coping centré sur l'émotion (régulation de la tension émotionnelle induite par la situation) et la recherche de soutien social (efforts effectifs pour obtenir de l'aide d'autrui). Cette dernière, qui a émergé plus récemment, ne doit pas être confondue avec le réseau social ou le soutien social qui sont les caractéristiques réelles et perçues de l'entourage social.

Fortement liées aux contextes, les stratégies de coping sont variées et flexibles, certaines semblent être plus efficaces que d'autres. Les stratégies de coping peuvent influencer directement et indirectement l'état de santé ultérieur. Selon le modèle transactionnel, certains événements de vie, certaines caractéristiques dispositionnelles, mais surtout certaines transactions individu-environnement sont des facteurs de vulnérabilité ou de résistance. Ainsi, face à un événement incontrôlable (objectivement et subjectivement), l'individu tentera plutôt de gérer ses émotions, alors que face à un événement contrôlable (objectivement ou perçu comme tel), il élaborera des stratégies plus actives, centrées sur le problème (Bruchon-Schweitzer, 2002). Si les deux premiers facteurs (événements de vie et caractéristiques dispositionnelles) sont inchangeables, les processus d'évaluation et les stratégies d'ajustement sont, en revanche, modifiables. Il est ainsi possible d'intervenir sur ces derniers pour renforcer certains processus (ex : contrôle perçu) et en réduire d'autres (ex : stratégies d'ajustement nocives).

Antécédents environnementaux et personnels, évaluations primaires et secondaires, stratégies de coping et issues sont toutes des variables régies par des transactions dont les effets peuvent être directs, indirects, interactifs et rétroactifs. Néanmoins, le modèle transactionnel a des limites.

Si le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) a bien étudié des variables complètement occultées dans les travaux biomédicaux ou interactionnistes (stress perçu, contrôle perçu, coping, etc.), il en sous-estime d'autres qui peuvent influencer les critères de santé de l'individu. Loin de se limiter à la perception et à l'auto-évaluation, la personnalité, les objectifs, le niveau socio-économique et même la culture semblent déterminer les états de santé (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Les émotions (peur, détresse, etc.), qui surgissent de l'évaluation primaire (stress perçu), peuvent varier d'une situation à une autre mais aussi lors d'une même situation. La détresse d'un patient, par exemple, peut varier selon l'évolution de la maladie et les traitements. Dans une dynamique où l'évaluation primaire détermine la secondaire (contrôle perçu) et par conséquent les stratégies de coping, il est nécessaire d'aller plus loin et de chercher la nature des variations du processus d'ajustement dans le temps. Une telle piste de recherche prend davantage d'intérêt lorsque nous rappelons l'effet rétroactif du processus d'ajustement sur les premières variables (stress et contrôle perçus). Étant donné que le coping est une variable modifiable, cette même piste devient encore plus stimulante si nous pensons aux interventions visant à renforcer le développement de certaines stratégies de coping fonctionnelles et à réduire celles qui sont moins pertinentes (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Le modèle transactionnel met en valeur les transactions mais il sous-estime le rôle des antécédents. Un modèle plus intégratif semble plus fructueux dans l'explication des critères de santé et de maladie.

2.4.2. Le modèle intégratif et multifactoriel (Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994)

Récemment, et à l'intérieur de la psychologie de la santé, Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994) ont élaboré le modèle intégratif et multifactoriel appliqué à la psycho-oncologie. Ce modèle intègre de multiples facteurs qui ont été traités de manière séparée dans les modèles antérieurs (biomédical, psychosomatique, biopsychosocial, etc.). Selon Bruchon-Schweitzer, ce nouveau modèle « *implique à la fois l'étude des facteurs environnementaux et socio-démographiques (événements de vie stressants, réseau social mais aussi exposition à divers facteurs de risque) et des facteurs individuels (style de vie, traits de personnalité, antécédents biographiques et biomédicaux) ayant un effet principal et des effets d'interaction sur la santé physique et le bien-être psychique.* » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 90).

Soulignons au moins deux grands apports du modèle intégratif : un apport théorique, un autre pratique. Sur un plan conceptuel, le modèle a intégré les antécédents environnementaux et socio-démographiques (ce que l'individu subit) et les antécédents individuels, psychosociaux et biologiques (ce qu'il est), à côté des transactions et stratégies d'ajustement (ce qui fait face à l'adversité), dans le processus explicatif de la santé. Le rôle des antécédents environnementaux (ex : événements de vie stressants et isolement social) et individuels (styles de vie à risque, mais aussi hostilité, anxiété et endurance) n'est plus minimisé ou occulté comme dans le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984). Ces antécédents ont un effet principal et interactif bien établi dans la détermination des critères de santé (santé physique, mentale, aggravation d'une maladie, etc.) (Bruchon-Schweitzer et Quitard, 2001 ; Koleck et *al.*, 2000 ; Cousson-Gélie et *al.*, 2000; Aguerre, 1999). En effet, chaque groupe de facteurs explique une certaine part de la variance des critères de la santé. Le deuxième intérêt du modèle est qu'il offre la possibilité de prédire diverses issues adaptatives à la santé (issues autres que les issues somatiques et psychologiques), comme les facteurs de risque dans le développement des maladies et les facteurs de pronostic prédisant l'évolution d'une maladie déjà pré-existante. En outre, le modèle intégratif a le mérite d'être applicable à des champs autres que la santé (burn-out, réussite scolaire et professionnelle, etc.). Il a déjà été appliqué à des études sur des employés ayant subi une mutation (Rasclé, 2000), sur des cadres au chômage (Sifakis et *al.*, 2003) sur des enseignants (Laugaa et Bruchon-Schweitzer, 2005) et

des étudiants (Boujut et Bruchon-Schweitzer, 2007). Ce modèle est présenté sur la figure 7 ci-après.

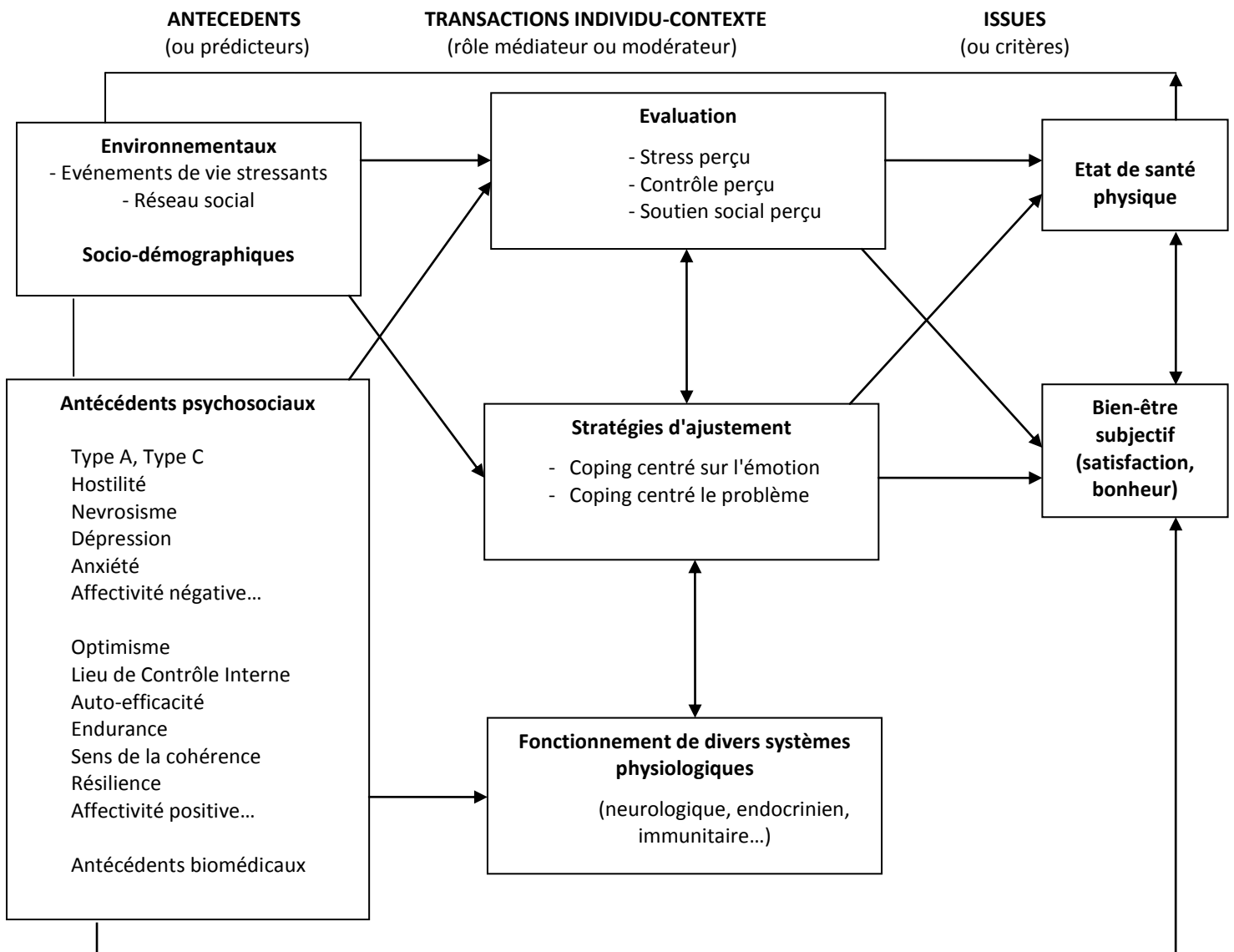


Figure 7 : Modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de la santé

(Bruchon-Schweitzer, 2002)

CHAPITRE 2. Analyse des concepts

1. Le concept de causalité

Il paraît important de définir et d'analyser les principaux concepts dont il est question dans ce travail, à savoir : l'attribution causale, le *locus of control* (LOC), le sentiment d'efficacité personnelle (SEP), l'optimisme, le soutien social perçu (SSP), la croyance en un monde juste (CMJ) et le coping. Nous nous arrêterons sur les origines théoriques de ces concepts, sur la manière dont ils sont conçus et mesurés ainsi que leurs ressemblances et dissemblances avec d'autres proches ou apparentés. Nous exposerons certains travaux qui ont étudié les effets de ces concepts dans différents domaines mais surtout dans celui de la santé et en particulier avec la maladie cancéreuse.

1.1. Origines et définitions du concept de causalité

Une question directrice de ce travail est la suivante : pourquoi l'individu cherche, sans répit, une cause à ce qui lui arrive ?

En attribuant une (des) cause (s) l'individu peut expliquer et comprendre ce qui lui arrive. La compréhension n'est pas une fin en soi, l'individu comprend pour contrôler et éventuellement prédire son environnement, les événements de sa vie et ses comportements. Cette recherche de causalité a fait l'objet de différentes orientations théoriques qui ont marqué tout un courant, le "socio-cognitivism". Différents mécanismes dans le champ de la cognition sociale permettent aux individus de construire socialement le monde : la pensée sociale-pensée magique et croyances (Fraser, 1890), les représentations sociales (Moscovici, 1961 ; Abric, 1995), les attributions causales (Heider 1958), les théories attributionnelles (Weiner, 1978), le *Locus Of Control* (Rotter, 1966), et plus récemment l'internalité (Beauvois, 1984 ; Dubois, 1987).

1.1.1. La pensée sociale (Fraser, 1890 ; Guimelli, 1999 ; Baggio, 2006)

Par ses mécanismes, la pensée sociale a marqué les plus anciennes études dans le champ de la psychologie sociale. La pensée sociale, selon Guimelli (1999), « *est une forme de pensée différente de la pensée scientifique et rationnelle. Cette dernière repose sur la logique formelle. Utilisée en particulier dans les sciences, elle emploie des procédés logiques et techniques qui s'appuient sur des principes de rationalité. En revanche, la pensée sociale renvoie à une logique naturelle, déterminée par le contexte social. Elle repose sur des principes différents de ceux de la science, tels les croyances, les idéologies ou encore les pratiques magiques* » (Baggio, 2006, p. 91). Baggio dit qu'« *on a longtemps cru que la pensée magique était de mise dans les groupes "primitifs", chez les jeunes enfants ou encore chez les individus souffrant de certains types de troubles mentaux. Cependant, ce type de pensée est également à l'œuvre chez les adultes de culture occidentale, éduqués, intelligents, et sains d'esprit. La pensée magique n'est pas une forme de stade inférieur du développement humain mais un mode de pensée différent.* » (Baggio, 2006, p. 96).

La pensée sociale a longtemps été perçue comme étant irrationnelle, source de biais cognitifs et d'erreurs d'interprétations. Toutefois, elle présente des avantages sur le plan social, au sens qu'elle permet d'expliquer, de contrôler les événements et de rendre prédictible l'inconnu. L'homme construit en permanence du sens en se référant aux théories naïves, aux théories implicites de la personnalité ou encore à la pensée magique, ensemble de référents qui font partie de ses modes de fonctionnement sociocognitif. L'anthropologue Marcel Mauss postule que la magie est « *une variation gigantesque sur le thème du principe de causalité* » (Chombart De

Lauwe, Di Giacomo, Doise, Flament, Herzlich, Jodelet, Leroy, Moscovici, Palmonari, Pombeni et Salmaso, 1986, p.61).

Dans le même sens, et dans un regard critique porté par Moscovici sur le concept de cognition appliquée aux phénomènes sociaux, ce qui importe dans les cognitions sociales, ce n'est pas qu'elles soient vraies ou fausses, mais le fait qu'elles portent un savoir. C'est précisément le contenu social de cette connaissance qui est à prendre en considération. Pour Moscovici (1984, 1972) la pensée naïve n'est pas fautive comparativement à la pensée scientifique, elle est plutôt une forme de connaissance. En outre, il n'y a pas de cognition pure, en ce sens qu'une cognition est toujours liée aux relations sociales qui la produisent.

1.1.2. Les représentations sociales (Moscovici, 1961 ; Abric, 1995)

Moscovici (1961) a introduit dans le champ de la psychologie sociale, le concept de la représentation sociale. Selon cet auteur, toutes les informations auxquelles nous sommes confrontés à propos d'un événement ou d'une personne sont déjà déterminées socialement par des connaissances préexistantes à leur sujet. Ce n'est pas le traitement de l'information qui est essentiel dans l'activité cognitive mais plutôt la construction sociale du savoir qu'est la représentation. Sur ces bases, les représentations sociales sont « *des constructions sociales de savoirs ordinaires élaborés à partir des valeurs et des croyances partagées par un groupe social sur la réalité et donnant lieu à une vision des choses qui se manifeste au cours des interactions sociales.* » (Fischer, 1997, p. 186). Les représentations sont appréhendées dans le social, et elles s'expriment à travers les interactions sociales. Jodelet conçoit la représentation sociale comme « *socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social.* » (Fischer, 1997, p. 186).

Selon l'approche classique des représentations sociales (Moscovici, 1984), ces dernières sont enracinées dans le social. Les fonctions des représentations sont multiples et rendent compte de cet ancrage dans le sens de l'interprétation, de l'orientation et de la justification des attitudes et des conduites. Les attributions causales partagent cette fonction d'orientation et d'interprétation avec les représentations. Selon Moscovici « *la représentation a une valeur fonctionnelle et peut servir à interpréter la réalité.* » (Baggio, 2006, p. 103). Or, interpréter et expliquer peuvent avoir le même sens. Selon Doise et Palmonari, parlant des analyses causales, « *pour notre savant naïf, comprendre signifie toujours interpréter, intelligere se ramène toujours à explicare.* » (Chombart De Lauwe et al. 1986, p. 42).

La représentation sociale est « *une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites et de comprendre la réalité à travers son propre*

système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place. » (Abric, 1994, p. 13). Comme les attributions causales, les représentations sociales, en tant que système d'interprétation de la réalité, ont une visée pratique. Elles guident les comportements et les pratiques, elles permettent à l'individu d'établir un ensemble d'anticipations et d'attentes envers la réalité, et de s'y adapter.

1.1.3. Théorie des attributions causales (Heider, 1958)

Le processus d'attribution renvoie à l'émission naturelle de jugements, d'intuitions ou de sentiments conduisant la personne à expliquer ce qui lui arrive ou arrive à autrui. Il ne s'agit pas de la détection des raisons objectives et scientifiques du phénomène : les attributions causales s'inscrivent plutôt dans ce qui est nommé "théories naïves".

Dans son orientation gestaltiste, Fritz Heider (1958) accorde de l'importance à la notion d'équilibre cognitif, rejoignant ainsi la "pensée naturelle". Heider considère ce qu'il appelait "la psychologie du sens commun" ou "psychologie naïve", comme une base dans l'étude des rapports et des relations qui régissent le champ social des individus. Selon cet auteur, les individus, dans la perception de leurs relations interpersonnelles, cherchent toujours une vision organisée et équilibrée de leur environnement. Cette organisation d'un tel champ représentationnel exige que chacun attribue une signification aux données de l'environnement. Heider met alors en évidence la notion d'attribution de causalité. Heider (1958) pose ainsi une nouvelle problématique pour la psychologie sociale cognitive en décrivant le processus qui permet de donner un sens à un événement quelconque, de trouver son origine et éventuellement de le contrôler.

La notion d'évènement, d'après Delhomme (2005), est à prendre au sens large d'action ou de comportement pouvant se traduire par un mouvement dans l'espace, l'expression d'un sentiment ou d'une opinion, le résultat d'un comportement, ou un accident. Dubois (1994) parle d'événements psychologiques dans le sens de ce que les gens font et de ce qui leur arrive. Ces événements sollicitent, selon elle, une activité quotidienne qui est l'inférence causale.

Pour Moscovici, le processus d'attribution « *consiste à émettre un jugement, à inférer quelque chose, une intuition, une qualité, un sentiment sur son état ou sur l'état d'un autre individu à partir d'un objet, d'une disposition spatiale, d'un geste, d'une humeur.* » (Deschamps et Clémence, 1996, p.19). Il ne s'agit pas simplement de gérer des informations mais plutôt de produire des cognitions ayant pour but d'expliquer pourquoi un événement a eu lieu.

Il arrive souvent à chacun de chercher la cause de divers événements de sa vie : on ne se contente pas d'observer, de profiter, de souffrir sans se poser des questions, sans essayer de comprendre. Ceci fait que tout être humain est un "psychologue naïf", l'explication ou la raison obtenue représentant une attribution. Selon Dubois (1994, p.11) « *en tant que professionnels,*

enseignants, médecins, [...] nous expliquons ces événements parce que nous ne voulons tout simplement pas mourir idiots. ». Il faut cependant souligner que l'attribution peut être erronée. Elle représente une cause perçue et une telle perception n'assure en rien l'objectivité de la recherche attributionnelle (Chombart De Lauwe et *al.*, 1986). Mieux comprendre notre environnement nous permet de prédire les événements mais aussi les comportements des gens qui nous entourent. Dans la mesure où les attributions émises sont "correctes", nos prédictions se révèlent justes et nos interactions et comportements sociaux sont plus adaptés. Par contre, si nos attributions sont erronées, notre compréhension du monde l'est également, ce qui rend nos comportements beaucoup moins efficaces.

Pour Kelley l'interprétation ou l'inférence causale est faite comme une "analyse factorielle", comme une analyse statistique spontanée (établir des liens entre causes et effets). Heider divise (1958) les explications des conduites d'un individu en trois catégories : des explications qui ont trait à la capacité de l'individu, à la motivation (effort/intention) et à des explications environnementales. Ensuite, il a procédé à deux regroupements possibles de ces causes : *les causes personnelles* (ou internes) incluant la capacité et la motivation, et *les causes impersonnelles* (ou externes) avec l'environnement.

Dans le prolongement des travaux d'Heider, la même dichotomie fondamentale dans la typologie des causalités disponibles pour la compréhension de l'environnement a été établie. Certains auteurs (Jones et Davis, 1965) s'intéressèrent plus particulièrement aux causes internes, d'autres (Kelley, 1967) plus aux causes externes (Martin-Krumm, 2002). Pour ces auteurs, une *causalité de type interne* est considérée par l'individu, comme inhérente à sa nature. Une sorte de trait, qualité ou attribut stable dans le temps et dans l'espace. Par contre, une *causalité de type externe* est attribuée par l'individu à des données situationnelles et par là due à des contingences de la situation et donc susceptible de changer (Vallerand, 1994).

Selon Bonardi (Roussiau, 2000), Heider, Jones et Davis ou Kelley donnent déjà des expressions diverses aux attributions internes (intentions, effort, mobiles, affects, croyances, attitudes, dispositions ou personnalité) et externes (référence à l'acte lui-même, à ses caractéristiques propres (visibilité ou difficultés de sa réalisation par exemple), relations acte/auteur, objets de l'environnement physique). Quelques distinctions se rajoutent : humeur, états physiologiques, comportements passés, rôles, buts ou catégories sociales d'appartenance, pour les attributions internes ; chance ou hasard pour les attributions externes.

Face à un évènement comme celui de la maladie, des questions envahissent chaque individu : pourquoi moi ? Quelle est la cause ? La personne cherche le sens de ce qui lui arrive, elle veut comprendre. « *En essayant de saisir les choses et d'en avoir une vision globale, il se demande [le*

savant naïf] pourquoi telle ou telle chose se produit et essaye de faire une analyse causale de ces actions et situations. » (Chombart De Lauwe et al., 1986, p. 42). L'objectif de cette compréhension est d'obtenir un certain "confort cognitif", du fait qu'on tend naturellement à l'équilibre et à la stabilité et par conséquent à réduire tout sentiment d'incompréhension et d'ambiguïté. Mais comprendre ne suffit pas, une autre fonction des attributions s'ajoute : il s'agit de pouvoir s'ajuster ou s'adapter à la situation. C'est le besoin de se sentir capable d'exercer un contrôle sur la situation. On devrait voir clairement pour pouvoir se comporter le plus adéquatement possible. Une personne malade devrait avoir une vision claire de sa situation afin de développer la stratégie appropriée pour y faire face. Parce que la maladie est plus qu'un ensemble de symptômes. Elle est, selon Herzlich « *l'évènement malheureux qui menace ou modifie, parfois irrémédiablement, notre vie individuelle, notre insertion sociale et donc l'équilibre collectif.* » (Chombart De Lauwe et al., 1986, p.157). Ainsi considérée, la maladie mène à des interrogations portant sur son sens ou ses causes. Le discours médical ne suffit pas à répondre à ces interrogations, la personne cherche alors dans le discours de la société le sens ou la cause de sa maladie. Herzlich, dans son étude des représentations sociales de la maladie et de la santé, a pu montrer que la maladie est rapportée à des causes d'ordre social. Selon elle, en France, la maladie est imputée à la « *société "agressive" et contraignante par l'intermédiaire d'un "mode de vie" urbain, "malsain", imposé à l'individu qui s'identifiait, lui, à la santé. On détaillait à l'infini les éléments "malsains" dont l'accumulation provoque la maladie : l'air pollué des villes, la nourriture "moderne" frelatée et "chimique", le bruit, le rythme de vie. La maladie incarne et cristallise l'agression sociale.* » (Chombart De Lauwe et al., 1986, p.159).

Dans le même sens, Farr (Chombart De Lauwe et al., 1986) postule l'attribution de la maladie à une cause extérieure par l'intrusion d'un objet nocif ou par l'action d'un être malfaisant. La maladie est conçue à l'intérieur du schéma anthropologique comme exogène. Ce schéma confirme, dans une certaine mesure, la tendance de la personne à attribuer les événements négatifs à l'extérieur de lui-même alors qu'il s'attribue ceux qui sont positifs. Des méta-analyses indiquent que les enfants comme les adultes font largement des attributions causales internes surtout en cas de succès (Fiske, 2008).

Mais la recherche d'une causalité précise et unique responsable de la maladie est vouée à l'échec. Les affections sont dues à l'intrication de nombreuses causes. D'ailleurs, au sein même de la théorie des attributions, certaines causes explicatives peuvent relever conjointement de la personne et de son environnement. La complémentarité est ainsi possible entre facteurs internes et facteurs externes. Une critique a ainsi souligné le caractère réducteur de la dichotomie causale interne/externe. « *Les individus produisent souvent des explications difficilement classables en termes de causalité interne ou externe, ceci parce qu'elles en appellent à la fois à des éléments*

situationnels et à des éléments dispositionnels. » (Dubois, 1994, p.37). Serlin et Beauvois (Dubois, 1994) ont constaté que les gens avaient recours à des explications qu'ils appellent "causes externes internalisées". La situation est expliquée par des causes externes mais dans une formulation qui traduit la maîtrise (le contrôle) de l'acteur de la situation (ex : « J'ai choisi cette méthode parce que je pense que c'est la plus efficace. » (Dubois, 1994, p.37). Une explication avec des "causes externes internalisées" est aussi envisageable lorsqu'on avance des explications internes mais dans une formulation traduisant la non-maîtrise de l'acteur (ex: « Je n'y peux rien, c'est ma nature » (Dubois, 1994, p.37).

Kelley et Michela (1980) ont proposé que les théories dans le secteur de l'attribution puissent être regroupées sous deux grandes enseignes, soit les théories de l'attribution et les théories attributionnelles. Si les théories de l'attribution portent sur les antécédents des attributions, les théories attributionnelles concernent les conséquences des attributions. Les théories de l'attribution sont celles postulant la nature des processus qui mènent à la formation d'attributions. Par contre, les théories attributionnelles ont pour but de prédire et d'expliquer la nature des conséquences psychologiques (par exemple les attentes, émotions et comportements) émanant de l'émission de différentes attributions. De sa part Famose (2001) subdivise le processus cognitif d'interprétation des événements en deux sous-processus : « *l'un appelé processus d'attribution, est celui qui amène le sujet à attribuer une cause particulière à sa performance, cela à partir de son résultat et de diverses conditions antécédentes que l'on appelle les antécédents des attributions. Il précède donc l'évocation des causes. Le second processus appelé processus attributionnel suit l'évocation des causes et concerne plus particulièrement les conséquences psychologiques, comportementales et affectives des attributions.* » (Martin-Krumm, 2002, p21). Parmi les théories attributionnelles nous citons la théorie de la motivation à l'accomplissement de Weiner et la théorie de la résignation acquise de Seligman. Cette dernière sera présentée ultérieurement dans la partie consacrée à l'analyse du concept d'optimisme.

1.1.4. Théorie attributionnelle de la motivation à l'accomplissement de Weiner (1972, 1974, 1979, 1986, 1995)

Weiner (1972, 1985, 1986) s'est intéressé aux émotions ressenties en situations d'accomplissement et surtout intéressé à la motivation à l'accomplissement. D'après sa théorie attributionnelle de la motivation à l'accomplissement, les attributions peuvent influencer le comportement motivé. La théorie porte sur les comportements motivés des individus en conditions d'accomplissement, conditions dans lesquelles les individus essaient de faire de leur mieux pour atteindre un succès (ou d'éviter un échec). La théorie s'inscrit dans une orientation théorique

"attente-valeur" où la motivation de l'individu résulte des attentes vis-à-vis de l'objectif visé ainsi que de la valeur (les émotions) associées à l'atteinte de l'objectif en question. La théorie attributionnelle de l'accomplissement de Weiner propose une séquence motivationnelle. L'individu juge un événement comme bien ou mauvais, un résultat comme un succès ou un échec subjectif. Après, l'individu effectue une recherche causale et émet une attribution pour expliquer cet événement ou son succès vs son échec. Par la suite, cette cause est placée dans les dimensions causales qui représentent des dimensions fondamentales de l'attribution, soit le lieu de causalité (la cause est perçue comme un élément interne ou externe à l'acteur), la stabilité de la cause (la cause est vue comme permanente ou changeante) et la contrôlabilité de la cause (ou degré de contrôle de l'acteur sur la cause).

1.1.4.1. Lieu de causalité

Le lieu de causalité examine la perception de la cause, cause qui peut être interne ou externe. Lorsque la causalité est affectée à un facteur, à un agent ou à une force intérieure, on dit que ces facteurs dépendent du propre contrôle de la personne, par conséquent elle est responsable. En revanche, lorsque la causalité est affectée à un facteur, à un agent ou à une force extérieure, la personne perçoit qu'elle n'a aucun choix, son comportement est influencé, limité ou même complètement déterminé par des influences en dehors de son contrôle. Par conséquent, la personne se considère non responsable. Selon Roesch et Weiner (2001), cités par De Granges (2006), les différentes théories causales placent l'origine des maladies dans l'une des quatre catégories suivantes : à l'intérieur de l'individu (interne), dans le monde naturel (externe), dans le monde social (externe), dans le monde surnaturel (externe).

L'application du concept de lieu de causalité à la question de la maladie a abouti à des résultats contradictoires (Kwate, Thompson, Valdimarsdottir et Bovbjerg, 2005 ; Barosso, McMillan, Casey, Gibson, Kaminski, Meyer, 2000 ; Gerend et Pai, 2008). D'après certaines études (Fisher 1997), les individus qui attribuent ce qui leur arrive à des causes externes seraient plus susceptibles de contracter des maladies cardio-vasculaires, d'être dépressifs. D'autres études (Segerstrom, Taylor, Kemeny, Reed et Visscher, 1996) n'ont pas pu mettre en évidence que celui qui attribue ce qui lui arrive à une cause interne serait mieux protégé contre la maladie.

Dans de nombreuses études (Kwate, Thompson, Valdimarsdottir et Bovbjerg, 2005 ; Stewart, Cheung, Duff, Wong, McQuestion, Cheng, Purdy et Bunston, 2001) portant sur les causes des maladies, c'est le stress lié à des événements provoquant des changements de la vie qui apparaît l'une des causes essentielles des maladies. Des événements stressants comme la perte d'un être cher, le divorce ou le changement de travail, sont des causes susceptibles de favoriser l'apparition

de maladies. Une étude effectuée auprès d'enfants cancéreux a montré que « *un pourcentage significatif d'entre eux avait vécu des évènements particulièrement stressants dans l'année précédant le diagnostic : perte d'un être cher, rupture brutale d'un lien affectif.* » (Fischer, 1997, p. 264).

D'autres études (Gammon, Wolff, Neugut et *al.*, 2002 ; Rees, Fry et Cull, 2001) ont révélé que la personnalité est la cause du déclenchement et du développement de certaines maladies. Certains chercheurs (Temoshok, 1990 ; Contrada, Leventhal et O'Leary, 1990 ; Fischer, 1997) ont même voulu cerner un type de personnalité susceptible de favoriser l'apparition d'un cancer. Il s'agit du profil appelé "type C". « *Cette personnalité de type C est présentée comme quelqu'un d'agréable à vivre, mais incapable d'exprimer des émotions, particulièrement celles qui peuvent être considérées comme négatives, telles que l'agressivité. Ces données ont permis d'établir un lien entre ce type de comportement et l'apparition de cancers, notamment le cancer du sein (Temoshok, 1999). Ce type de personnalité serait donc particulièrement susceptible de développer un cancer ; ces observations ont été confirmées par des études qui ont montré une corrélation entre deux éléments de la personnalité de type C - la dépression et la tendance à la résignation - et la mortalité par cancer. Persk, Kempthorne-Rawson et Shekelle (1987) ont pu établir sur une période de dix-sept ans une corrélation statistiquement significative entre la mortalité par cancer et un score élevé à l'échelle D (dépression) du Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).* » (Fischer, 1997, p. 267).

Face à une maladie potentiellement menaçante, l'individu cherche des explications internes ou externes (Weinman, Petrie, Moss-Morris et Horne, 1996 ; Klonoff et Landrine, 1994). 95 % des malades souffrant du cancer bronchique (Roesch et Weiner, 2001) attribuent leur atteinte à de multiples causes. Dans la pensée profane, et même celle savante, 70 % des cancers pulmonaires seraient attribuables aux comportements de l'individu malade. Il y a une suspicion récurrente selon laquelle la personne atteinte serait responsable de la survenue de son propre cancer, d'où on entend souvent dire : (« il a fumé toute sa vie, il l'a bien cherché ! »). « *Le cancer apparaît ici comme une maladie culpabilisante dont la "faute" antérieure (la sienne propre ou celle de ses proches) peut être expiée par l'épreuve de la maladie « longue et cruelle » (Turpain, 1987).* » (Moulin, 2005, p.264).

Dans certaines études, les causes sont reliées au mode de vie de l'individu et à son environnement (Sontag, 1980 ; Moulin, 2005). D'ailleurs, de nos jours, dans les pays industrialisés, il y a mobilisation pour lutter contre ce que l'on appelle les pollutions de la civilisation moderne (Kwate, Thompson, Valdimarsdottir et Bovbjerg, 2005).

1.1.4.2. Stabilité

Toute attribution causale peut être caractérisée par la dimension stable/instable analogue à permanente/temporaire. Attribuer un résultat à une cause stable signifie, plus ou moins implicitement, que ce résultat serait le même si l'on rééditait le comportement en question. A l'inverse, attribuer un résultat à une cause instable revient à énoncer plus ou moins consciemment que si l'on reproduit le comportement, le résultat pourrait être tout autre. Dans le domaine scolaire, à titre d'exemple, « *une cause est dite stable lorsqu'elle a un caractère permanent aux yeux de l'élève (c'est le cas de l'intelligence). A l'opposé, une cause qui, comme l'effort, est susceptible de fluctuer régulièrement est dite modifiable.* » (Huart, 2001.p. 227).

1.1.4.3. Contrôlabilité

Une cause peut être perçue comme contrôlable par l'attributeur alors qu'une autre peut être dite incontrôlable si l'on considère ne pas pouvoir facilement la changer. Dans le champ de la maladie, « *la contrôlabilité rend compte du sentiment par rapport à l'attribution causale. Le caractère contrôlable rend compte de l'aspect volitif et potentiellement modifiable de la cause par la volonté du patient. Par contre, le caractère incontrôlable désigne le sentiment de non-contrôle et l'aspect inchangeable de l'attribution causale car le patient n'a eu aucun contrôle sur l'occurrence de l'événement et ne possédait aucun pouvoir de modification par rapport à l'événement.* » (De Grange, 2006, p. 20).

Une cause externe est souvent considérée comme incontrôlable ou difficilement contrôlable, mais un contrôle indirect par l'intermédiaire d'autres personnes est concevable. La cause du succès ou de l'échec, par exemple, est-elle contrôlable? La cause peut relever, selon Weiner, d'au moins quatre facteurs :

- « *effort : un facteur interne et instable sur lequel nous pouvons exercer un contrôle important.*

- *capacité (ou compétence, aptitude) : un facteur relativement interne et stable sur lequel nous n'exerçons pas un grand contrôle en direct.*

- *niveau de difficulté de la tâche : un facteur externe et stable qui est en grande partie au delà de notre contrôle.*

- *chance : un facteur externe et instable sur lequel nous exerçons très peu de contrôle.* » (Huart, 2001, p. 228).

C'est souvent pour les causes internes que l'on parle de contrôlabilité. Le dysfonctionnement corporel ou les problèmes de santé sont parmi les causes explicatives de la maladie en général. Un organe peut être considéré comme cause d'une certaine pathologie. Certains patients ayant des

problèmes respiratoires pensent que le cœur est à l'origine de leur maladie, certains patients atteints de recto-colite-hémorragique pensent que le foie en est la cause. De telles causes sont en dehors de la volonté et du contrôle de la personne (Pedinielli, 1996).

Selon Pedinielli (1996) lorsque la cause est externe le sujet est considéré comme une victime innocente ou ignorante. Le sida peut être expliqué par une contamination injuste (transfusion). Or l'auteur explique que « *la notion d'externe désigne en fait le lieu de l'origine ultime et n'implique pas que la maladie soit entièrement sous la responsabilité d'un phénomène externe contre lequel le sujet ne peut rien.* » (Pedinielli, 1996, p. 140). Le sida peut aussi être expliqué autrement, comme le résultat d'une sexualité non protégée et donc risquée dont le sujet est, quelque part, responsable. La maladie peut être ainsi "méritée" (Pedinielli, 1996).

Plusieurs études (Weiner, 1985 ; Russel et McAuley, 1986 ; Vallerand, 1987 ; Betancourt et Blair, 1992) ont montré que les attributions avec leurs dimensions causales sous-jacentes (lieu de causalité, stabilité et contrôlabilité de la cause), influent sur les émotions ressenties par les personnes en contexte d'accomplissement tel que postulé par Weiner. Les trois dimensions causales présentées ci-dessus mènent à des conséquences psychologiques diverses. Ainsi, la stabilité joue un rôle prépondérant en ce qui concerne les attentes de la personne relatives au succès ou à l'échec futur dans l'activité en question ou même dans une autre activité similaire. Le lieu de causalité peut influencer de façon importante sur les émotions reliées à l'estime personnelle (sentiments de compétence, d'efficacité, de confiance qui sont ressenties par suite d'un succès ou d'un échec).

Une attribution qui se situe sur les pôles interne, stable et incontrôlable peut avoir des conséquences psychologiques négatives. Ainsi, les attentes sont très faibles vis-à-vis d'un succès ou d'un événement futur et les émotions qui en découlent sont aussi négatives (sentiment d'incompétence, d'inefficacité, manque de confiance). A leur tour, les émotions et les attentes négatives diminuent la motivation et mènent à l'absence de comportement positif (non accomplissement de l'action, abandon).

Les processus d'attribution renvoient à l'émission de jugements, de sentiments, d'intuitions sur les événements. Ces processus peuvent faire intervenir des biais appelés "biais attributifs". Kelley écrit « *comme tous les autres systèmes perceptifs et cognitifs, les processus d'attribution sont sujets à l'erreur.* » (Ghorbel, 1982, p. 61).

1.2. Les biais attributifs

L'individu refuse généralement que certains facteurs explicatifs de ce qu'il lui arrive soient incontrôlables ce qui le conduit à être victime d'une série d'illusions. De telles illusions permettent à l'individu d'établir le lien entre ses actions et les renforcements qu'il reçoit. Langer (1975) définit

l'illusion de contrôle comme « *l'attente par un individu d'une probabilité de réussite très supérieure à sa probabilité objective.* » (Dubois, 1987, p.28). Langer (1975) a montré que lorsque les individus sont encouragés, par une manipulation expérimentale, à choisir ou à participer activement dans un jeu de hasard (ex : choisir eux-mêmes leur billet de loterie), ils s'accordent une probabilité de gain illusoirement élevée. Il s'agit d'une illusion de contrôle car « *de point de vue purement rationnel, la probabilité de gagner est la même qu'on ait choisi le billet ou qu'on nous l'ait tendu.* » (Dubois, 1987, p. 29). Weisz (1980, 1981) postule que l'illusion de contrôle conduit les enfants comme les adultes à croire qu'ils peuvent maîtriser les situations où le hasard peut être la cause de la réussite à travers des facteurs liés à la compétence (âge, intelligence, effort, entraînement, habilité...).

Selon Wortman (1976), *l'illusion de détermination*, autre biais attributif, rend compte du fait que les gens atteints de maladies graves (comme le cancer) ou qui sont confrontés à des événements traumatisants ou à des catastrophes, préfèrent s'en attribuer la responsabilité plutôt que d'y voir l'intervention du hasard. Abrams et Finesinger (1953) ont montré que 93 % des 60 malades cancéreux pensent que leur maladie est le résultat de leurs conduites antérieures. Avec cette illusion de détermination les gens se sentent plus ou moins coupables, s'accusent de fautes réelles ou imaginaires et acceptent de souffrir en considérant qu'ils méritent ce qui leur arrive. Cette dernière idée est à la base d'une autre illusion, l'illusion de justice (Dubois, 1987 ; 1994).

L'illusion de justice ou la croyance en un monde juste (Lerner, 1970 ; 1975), postule que chacun obtient ce qu'il mérite et mérite ce qu'il obtient. En d'autres termes, nous avons tendance à penser que ce qui nous arrive est mérité ; ainsi, les individus auxquels ils arrivent quelque chose d'heureux sont jugés de manière positive, et ceux auxquels il arrive quelque chose de mauvais sont jugés de manière négative. Selon Lerner, les pauvres, les chômeurs ou les malades du sida sont jugés responsables de leur état et de ce fait, ils n'ont que ce qu'ils méritent (Murray et al., 2005). La théorie de la CMJ a été principalement étudiée dans le cadre des expériences qui ont porté sur l'observation et l'hétéro-évaluation des victimes de l'injustice. Pour préserver leur CMJ les individus dévalorisent, blâment ou tiennent la victime comme responsable (faute caractérielle ou comportementelle) de ce qui lui arrive et par conséquent méritant son sort (Lerner et Miller, 1978).

Pour avancer une explication plus valable à nos yeux, « *nous considérons les caractéristiques personnelles comme des causes plus valides, plus stables car fondées sur nos motivations, nos intentions et notre responsabilité.* » (Fischer, 1997, p.173). Nous avons tout naturellement tendance à privilégier les causes internes, à exagérer et surestimer le contrôle individuel sur les choses et les événements, c'est ce que Ross (1977) a appelé *l'erreur fondamentale*. Dubois (1987) renvoie ce biais à la culture des sociétés. Selon l'auteure, dans la société occidentale, les gens pensent qu'ils

sont libres de choisir et de décider de ce qu'ils font. Ainsi, ils surestiment les explications internes et par conséquent le contrôle possible sur les événements. Nous reviendrons sur la notion d'internalité dans notre analyse du concept de LOC du fait de son déterminisme dans la contrôlabilité de la maladie.

Une seule exception à cela : l'attribution par l'individu de ses succès et ses comportements socialement valorisés à des facteurs internes (aptitudes, effort) et ses insuccès et ses comportements socialement dévalorisés à des facteurs externes (malchance, hasard). C'est ce qu'on appelle *biais d'autocomplaisance* (Miller et Ross, 1975 ; Jones, 1990). Il s'agit d'une volonté chez chacun de donner de lui une image positive (Dubois, 1994).

La multiplicité des théories qui ont pour objet la cognition a contribué à une prolifération de concepts. La confusion terminologique qui a marqué l'étude de ces concepts rend leur différenciation plus que fondamentale. Cette différenciation permet une compréhension plus claire du concept et aide le chercheur à bien choisir son outil de mesure.

1.3. Différenciation du concept de causalité d'autres apparentés

1.3.1. Attributions causales et LOC (Rotter)

Le lieu de contrôle ou *Locus Of Control* (Rotter, 1966) « étudie une variable de personnalité qui concerne le degré de relation causale que les individus établissent entre leurs conduites et/ou leurs caractéristiques personnelles (traits, aptitudes, attitudes) et les renforcements positifs ou négatifs qu'ils reçoivent, c'est-à-dire ce qui leur arrive ou doit leur arriver dans la vie. » (Dubois, 1994, p.12). Rotter, en 1966, met au point une échelle d'attitude (I-E : I pour interne et E pour externe) permettant la distinction, d'une part entre les individus qui, dans une situation d'apprentissage, font dépendre les renforcements de leurs propres comportements, caractéristiques ou capacités (on parle ainsi de "contrôle interne" ce qui correspond dans les études sur l'attribution à une "causalité interne"), d'autre part les individus qui perçoivent le renforcement comme échappant à leur comportement et donc comme étant hors de leur contrôle (le renforcement peut ainsi être dû à des forces externes tel que le destin, le hasard, le pouvoir d'autrui tout-puissant. Cela correspond au "contrôle externe" et à une attribution de "causalité externe"). Cependant, la distinction entre attribution et LOC est à maintenir. Le premier concept désigne « [...] des explications, des jugements portés a posteriori, alors que le concept de LOC concerne des expectations, des attentes, des croyances de contrôle formulées a priori. » (Dubois, 1994, p.14). Dans les théories de l'attribution il est question d'évaluation des causes des événements alors que les études sur le LOC renvoient à la notion d'attentes de contrôle.

1.3.2. Attributions causales et style attributionnel

Emettre des attributions causales, c'est souvent par rapport à un événement ou une situation particulière. Lorsque ces causes deviennent systématiques on peut parler de style attributionnel (Martin-Krumm, 2002). « *Le style attributionnel correspondrait davantage à une tendance de l'individu à formuler systématiquement le même type d'attributions causales. Ainsi, l'attribution causale est une variable situationnelle alors que le style attributionnel est davantage une variable dispositionnelle.* » (Paquet, 2009, p.16).

La théorie du style attributionnel a gardé les deux premières dimensions de l'attribution causale, à savoir le lieu de causalité et la stabilité. Une nouvelle dimension "globale-spécifique" a remplacé celle de la contrôlabilité de Weiner. La dimension globale-spécifique permet de voir si les causes affectent une situation spécifique ou bien une variété de situations. Cette dimension contribue à déterminer l'impuissance acquise voire les symptômes dépressifs. En effet, faire des attributions globales implique que l'individu, confronté à de nouvelles situations, ses résultats seront de nouveau indépendants de ses réponses (Martin-Krumm, 2002).

La différence entre l'attribution et le style attributionnel fait que les résultats de ces deux processus explicatifs sont distincts. Ainsi, selon Seligman (1994) « *une explication à portée universelle provoque l'impuissance sur tous les plans tandis qu'une explication qui souligne le particulier ne produit cet effet que dans un domaine circonscrit.* » (Martin-Krumm, 2002, p. 27).

1.3.3. Attributions causales et représentations sociales

L'attribution causale, comme nous l'avons vu précédemment, occupe une place centrale dans l'organisation cognitive. Se représenter un objet, un événement ou une situation, c'est lui attribuer une signification spécifique (Moscovici, 1984). Les attributions causales, c'est le fait d'inférer des causes pour comprendre ce qui arrive à soi-même ou à autrui. Représentations sociales et attributions causales sont, ainsi, deux systèmes sociocognitifs par lesquels tout individu réinterprète le réel.

L'attribution causale peut être conçue en tant que conséquence des représentations sociales (Chombart De Lauwe et *al.*, 1986 ; Pedinielli, 1996). En d'autres termes, les causes que nous attribuons sont largement déterminées par la manière dont nous nous représentons l'événement ou la situation en question.

Se représenter un événement et lui attribuer des causes forment deux processus explicatifs qui se complètent et parfois se confondent pour comprendre ce qui nous arrive et s'y adapter. La santé et la maladie sont des objets privilégiés dans l'étude des représentations sociales et des attributions causales (Herzlich, 1969 ; Moscovici, 1976 ; Jodelet, 1980 ; Pedinielli, 1993).

Un ancrage social et culturel lie les deux concepts. « *Les représentations/croyances trouvent leurs racines dans la personnalité, l'enfance, l'expérience, mais dépendent aussi de l'âge et de la culture environnante. Ainsi, les sujets donnent-ils une signification à leur maladie. Ces croyances vont être plus ou moins en décalage avec les théories médicales et vont agir sur la relation médecin/malade et l'adhésion/adaptation aux traitements. Leventhal et al. (1985) ont déterminé cinq composantes stables que l'on retrouve dans toutes les croyances sur les maladies : la composante « **identité** » de la maladie concerne les idées que se font les patients du nom, de la nature de leur état (c'est-à-dire des symptômes associés à la maladie) et les liens entre eux, la composante « **causes** » comprend les idées que se font les patients sur la (ou les) cause(s) de leur maladie, la composante « **durée** » indique la perception du temps que va durer leur problème de santé (aiguë ou chronique ; cyclique ou épisodique), la composante « **conséquences** » reflète les croyances du patient sur la sévérité de sa maladie et son impact sur son fonctionnement physique, social et psychologique, la composante « **curabilité** » indique dans quelle mesure le patient croit que son état peut être soigné ou contrôlé. Ces composantes sont distinctes dans le sens où elles peuvent avoir des effets différents sur les modes de coping et l'évolution mais elles ne sont pas forcément indépendantes entre elles. Par conséquent, il peut y avoir des liens directs entre identité et conséquences ou entre causes et curabilité de la maladie, par exemple. » (Pucheu, Consoli, Landi et Lecomte, 2005, p.270).*

La science n'a pas le monopole de l'explication des maladies, Pedinielli (1996, p. 138) postule que « *les malades édifient aussi des théories qui tentent de rendre compte de l'intériorité corporelle, des relations entre les organes, des sensations ressenties et des causes (événementielles, magiques, traumatiques, psychologiques, biologiques...) de la souffrance liée à l'affection ou au traitement.* ». L'individu peut attribuer sa maladie à une cause interne comme sa négligence, faiblesse physique ou prédisposition, ou externe comme la pollution, le stress ou même une punition. Selon Herzlich la maladie n'est pas seulement un ensemble des symptômes mais un événement malheureux qui peut modifier, parfois irrémédiablement, notre vie. Le discours médical ne suffit pas pour comprendre ce qui se passe, « *un discours de la société toute entière est nécessaire pour nous dire le sens à attribuer à la maladie, à la santé, au corps et pour orienter notre rapport à eux.* » (Chombart De Lauwe et al., 1986, p.158). Le biologique est expliqué et interprété par le social. Ainsi, une maladie peut être représentée comme la conséquence d'une société "agressive" par son mode malsain et pollué.

Moscovici admet, de son côté, que la cognition sociale, et plus particulièrement les attributions causales, sont largement déterminées par la culture. Dans ce sens, il affirme qu'il « *n'arrive pas à comprendre comment une discussion sur la définition de la cognition sociale ou la*

viabilité des attributions causales peut ne pas tenir compte du fait que les êtres humains sont gouvernés par une curiosité authentique, des croyances religieuses ou philosophiques et une sorte d'engagement éthique. Ou alors cet aspect culturel a été évacué, en jetant tout cela dans le fourre-tout des préjugés et des stéréotypes. A mon avis, toute théorie de la cognition, toute analyse de notre vie mentale qui n'assigne pas un rôle de pivot à l'étude des modes de culture qui créent le langage, qui ne s'intéresse pas au type de rapports entre les gens ou à leurs attitudes envers la connaissance et les institutions, toute théorie de cette espèce me semble sans objet » (Chombart De Lauwe et al., 1986, p.62).

Pensée sociale, représentations sociales et attributions causales sont toutes des productions cognitives doublement déterminées. Elles représentent une composante cognitive et une composante sociale. Elles sont régies par des processus cognitifs et en même temps par les conditions sociales dans lesquelles elles s'élaborent et se transmettent. Il s'agit ainsi de constructions sociocognitives déterminées par une logique cognitive et par une logique sociale. D'ailleurs, c'est dans la coexistence de ces deux logiques que nous pouvons comprendre pourquoi de telles constructions intègrent le rationnel et l'irrationnel, l'incohérent et même l'illogique (Abric, 1994).

1.4. Mesure et instruments de mesure des attributions causales

Des outils quantitatifs et qualitatifs ont été construits pour recueillir et mesurer les attributions causales. La plupart des études utilisent des questionnaires pour mesurer les attributions (Benson, 1989 ; Vallerand, 1994 ; Villeman, Fontayne et Lévèque, 2005). Avec le CDSII (*Causal Dimension Scale II*), questionnaire le plus utilisé, les sujets interrogés émettent des attributions causales spontanées¹ (McAuley, Duncan, Russel, 1992 ; Winter et Uleman, 1984 ; Weiner, 1985 ; Hassin, Bargh et Uleman, 2002 ; Villemain, Fontayne et Lévèque, 2005). Le CDSII a été validé en langue française sous le nom de l'EMAC (Echelle de Mesure des Attributions Causales) par Fontayne, Martin-Krumm, Buton et Heuzé (2003).

Bien que le questionnaire permette un recueil de données plus facile et rapide avec un nombre important de sujets, les causes inférées sont largement délimitées et orientées par le chercheur. Avec le questionnaire « *le fonctionnement cognitif humain est très schématisé et réduit. Le sujet ne peut s'exprimer ou clarifier certaines explications par rapport au contexte. Ainsi, le recueil qualitatif semble se justifier.* » (Villemain et al., 2005, p. 297-280).

¹ - Les attributions spontanées sont définies comme « *des attributions émises involontairement et sans conscience de le faire.* » (Hassin, Bargh et Uleman, 2002, p. 515) « *Une attribution spontanée peut être formulée pendant l'action ou immédiatement après, avant même que l'individu ne déclenche une réflexion.* » (Villeman, Fontayne et Lévèque, 2005, p.279)

Les attributions causales peuvent être recueillies par différentes méthodes qualitatives. Les documents écrits comme les prises de notes, les articles de journaux, l'enregistrement de réponses verbales ou l'utilisation d'indices indirects d'attributions comme les souvenirs libres, permettent d'établir la nature, le poids et l'impact des attributions spontanées (Weiner, 1985 ; Villemain et *al.*, 2005). L'entretien demeure une occasion propice pour accéder à la pensée attributionnelle des sujets. Ainsi, dans le champ de la psychologie clinique, l'entretien thérapeutique aide les malades à verbaliser et repérer leurs attributions causales (Villemain et *al.*, 2005).

Loin de l'expérimentation stricte du laboratoire, les méthodes qualitatives de recueil des attributions ont l'avantage d'offrir un meilleur reflet de la réalité. Interrogée dans son contexte le plus naturel possible, la personne infère des causes spontanées et imprégnées de ce qu'elle pense et ressent. Cependant, les méthodes qualitatives présentent des inconvénients. Générer et recueillir des attributions spontanées reste un travail lourd et difficile (Villemain et *al.*, 2005). En outre, la matière riche retenue des entretiens ou des écrits exige une analyse laborieuse des attributions formulées. Dans ce sens, Villemain et *al.* (2005) ont adapté et validé, en langue française, une méthode d'analyse des attributions causales spontanées. Il s'agit du *Leeds Attributionnal Coding System (LACS)*. C'est une méthode d'analyse qui a fait l'objet de validation surtout dans le champ de la psychologie clinique (Silvester et Bentovim, 1995 ; Stratton et Bromley, 1999). Elle permet de générer, extraire et coder des attributions formulées spontanément dans un contexte naturel (Villemain et *al.*, 2005).

1.5. Recherches réalisées sur les attributions causales

Dans le domaine de l'éducation (Gilibert et Banovic, 2008, p. 59) « *les enseignants tendent à considérer que les performances scolaires sont majoritairement liées aux efforts des élèves (caractéristiques internes et contrôlables par ces derniers) et ce d'autant plus qu'ils les ont notés de façon polarisée ou qu'il leur est demandé de rendre compte du niveau scolaire de l'élève (Matteucci et Gosling, 2004 ; Gosling, 1994 ; 1995). Les explications des enseignants tendent aussi à être différentes en fonction de la valeur scolaire de l'élève : alors que les résultats d'un élève ayant un bon niveau sont attribués aux efforts qu'il aurait produits, ainsi qu'à la qualité de l'encadrement pédagogique, les résultats d'un mauvais élève sont essentiellement attribués à un manque d'efforts au niveau scolaire (à des éléments plus fréquemment internes, instables et spécifiques au domaine scolaire).* »

L'incidence d'une maladie suscite la recherche d'explications. Professionnels de santé, malades et proches tentent d'expliquer et de donner sens à la maladie (Pedinielli, 1996). Un décalage sépare « *la représentation savante (objective) de la maladie (« maladie du médecin »), de*

son origine, de ses mécanismes et la représentation profane (subjective) qui peut attribuer à la maladie d'autres significations et mécanismes (« maladie du malade », Canguilhem, 1972). » (Pedinielli, 1996, p.137). D'après les théories étiologiques portant sur la maladie en général et sur le cancer en particulier, nous pouvons repérer deux grandes catégories d'attributions : les causes internes et les causes externes (Morin, 1996 ; Pedinielli, 1996).

Dans les théories étiologiques internes, la survenue de la maladie incombe à l'individu lui-même (Moulin, 2005). La transmission familiale, les défaillances corporelles, les maladies infantiles, les comportements à risque (consommation de tabac, alcool, alimentation malsaine), les transformations ou phénomènes émotionnels (tristesse, choc émotionnel, peur) sont à l'origine des maladies. Dans les théories étiologiques externes, les causes se réfèrent à l'environnement, au contexte ou à la situation dans laquelle l'individu évolue (Moulin, 2005). Certains auteurs (Pedinielli, 1996) parlent d'éléments naturels (contagion, pollution, autres maladies) ou réalités sociales (chômage, conflits, perte de prestige, problèmes financiers) en tant que causes externes.

Moulin (2005) repère une série d'attributions externes plus précises dans le développement du cancer tels que : pollution atmosphérique (usines, automobiles), produits chimiques industriels (dioxine, goudron), médicaux (traitement hormonal de substitution de la ménopause, chimiothérapie antimitotique), alimentaires (colorants, conservateurs), physiques (soleil, rayons X), agents infectieux (virus), etc. Moulin (2005) ajoute qu'à l'intérieur de cette entité plus ou moins vague que constitue l'environnement, le cancer peut avoir d'autres causes plus précises. Il s'agit d'autrui proche ou lointain. Les parents lèguent à leur progéniture une prédisposition héréditaire au cancer, le conjoint par ses infidélités provoque chez sa femme une maladie vénérienne qui elle-même provoque le cancer du col utérin. Le médecin généraliste qui n'a pas su entendre la plainte du malade, qui n'a pas été prise au sérieux, peut être considéré par certains individus comme la cause du développement de leur cancer. Pour certains autres, c'est le voisin qui, jaloux de la réussite sociale d'autrui, jette sur son congénère un sort maléfique, provoque le cancer (étiologie sorcellaire).

Un autrui surnaturel est une autre cause. *« Le cancer peut aussi être attribué à la volonté d'une entité anthropomorphique invisible, toute puissante (Dieu, génie, esprit, diable, etc.) qui rappelle à l'ordre celui/celle qui s'est écarté (e) du « droit chemin » en lui envoyant cette épreuve à surmonter que constitue le cancer (« Qu'est ce que j'ai fait au bon Dieu pour mériter ça ?! »). En effet, la thématique de la « punition divine » semble plus particulièrement prégnante chez les personnes atteintes par le cancer en regard d'autres pathologies telles que les affections cardiovasculaires (Morin, 1996). »* (Moulin, 2005, p. 265). Moulin (2005) termine par expliquer que lorsqu'aucun responsable n'est identifiable, la personne invoque alors d'autres facteurs externes

totale­ment imperson­nels tels que le destin, la malchance ou la fatalité. « *En revanche, la notion de hasard semble être exclue de la pensée profane (ou même scientifique) dès qu'il s'agit du cancer (« Il n'y a pas de hasard, tout s'explique ! »)* » (Moulin, 2005, p. 265).

Des patients chinois attribuent leur infarctus du myocarde à des causes différentes. Il s'agit des facteurs immunitaires (les plus évoqués), gé­né­ti­ques, psychologiques, physiques, environnementaux ou aussi les comportements et la chance (Yan, You, He, Wang, Chen, Liu, Zhou, Chen et Jin, 2011). Il est apparu qu'hommes et femmes n'infèrent pas les mêmes causes face à un même fait. Les hommes attribuent souvent leur infarctus du myocarde à des facteurs comportementaux et les femmes citent fréquemment le stress comme cause de leur maladie (Yan et al., 2011). Selon Kwate, Thompson, Valdimarsdottir et Bovbjerg (2005), des femmes américaines en bonne santé et d'un âge moyen de 39,2 sont susceptibles d'attribuer le développement d'un cancer du sein à des causes diverses. Les femmes américaines d'origine européenne évoquent des causes externes (hérédité ou génétique, environnement pollué, alimentation, hasard, stress). Les femmes afro-américaines révèlent plutôt des causes internes telles que le comportement personnel. De tels résultats révèlent l'ancrage culturel des attributions et la nécessité de prendre en considération ce déterminisme dans les processus de prévention et anti-cancer.

Les études (Klonoff et Landrine, 1994 ; Murguia, Zea, Reisen et Peterson, 2000) ont prouvé que les individus appartenant à divers groupes culturels et ethniques donnent des attributions différentes de la maladie. Par exemple, Murguia, Zea, Reisen et Peterson (2000) soutiennent que la vision du monde latino comprend des croyances complexes sur l'étiologie de la maladie. Parmi ces croyances est la conviction que les bonnes et mauvaises actions sont récompensées ou punies par la loi naturelle. La maladie est ainsi représentée comme une punition suite à un mauvais comportement. Suarez, Raffaelli et O'Leary (1996) ont montré que près de la moitié de leurs sujets séropositifs latins croient que les esprits (personnages surnaturels) ont un rôle causal dans leur atteinte et que deux tiers d'entre eux ont recours aux guérisseurs pour réduire leurs douleurs physiques, chercher un soulagement spirituel et se protéger contre le mal (Murguia et al., 2000).

Harandy, Ghofranipour, Montazeri, Anoosheh, Bazargan, Mohammadi, Ahmadi et Niknami (2010) ont mené leur étude auprès de 39 survivantes du cancer du sein. Les résultats ont révélé que la majorité des sujets pensaient que l'anxiété, le stress, une personnalité sensible, un historique des événements stressants de la vie et la volonté de Dieu sont les causes responsables de l'apparition de leur maladie. Seulement trois participants ont estimé que leur histoire familiale de cancer (ou l'hérédité) était la principale cause de leur maladie. Les femmes hispaniques considèrent que les blessures du sein, telles que les bosses et les contusions, peuvent être les causes du cancer du sein (Morgan, Park et Cortes, 1995). Certains considèrent le cancer comme une maladie contagieuse et

essayent de se protéger en suivant les mesures de contrôle infectieuses et en évitant les personnes infectées (Box, 1998; Johnson et *al.*, 1999).

D'après l'étude de Vahabi (2010) auprès d'une cinquantaine de femmes iraniennes vivant en Amérique et n'ayant pas de cancer du sein, les explications causales de cette maladie sont variées. Elles reflètent à la fois les croyances profanes et scientifiques entourant le cancer du sein et de ses causes. Vahabi (2010) a organisé les explications causales du cancer du sein chez les femmes iraniennes en six principaux groupes. La première attribution gravite autour de l'idée d'un pouvoir divin ou d'une force surnaturelle comme Dieu, le "mauvais œil", ou la "magie noire". Le second groupe d'explications a porté sur la mauvaise hygiène de vie des femmes comme le tabagisme, l'alcool, l'inactivité physique, et la mauvaise alimentation (nourriture congelée ou rapide, surconsommation d'aliments gras/huileux). Le troisième groupe d'explications est lié aux variations dans l'environnement physique. Le cancer est lié à la pollution de l'eau et de l'air, au rayonnement des dispositifs électroniques (micro-ondes, télévision, ordinateur, etc), à l'utilisation d'hormones, pesticides, insecticides et des additifs dans les produits alimentaires. Le quatrième groupe attribue le cancer du sein au stress lié au chômage, aux soucis financiers, au manque de soutien et aux événements de vie malheureux. Le stress lié à ces facteurs provoque anxiété, mélancolie et dépression, ce qui peut affaiblir les corps et les rendre vulnérables au cancer. Le cinquième groupe d'attributions causales est lié à des blessures et des infections mammaires. Les femmes croient que tout type de blessure ou d'infection du sein qui resserre la circulation sanguine ou contamine le sang qui coule dans les seins peut causer le cancer de cet organe. Par exemple, elles croyaient que le port d'un soutien-gorge serré peut causer le cancer du sein car il bloque la circulation du sang et de l'oxygène. Certaines de ces femmes croient que les infections des voies respiratoires peuvent induire la maladie. D'autres croient que le cancer peut être causé par un virus qui affecte le système immunitaire. Enfin, le sixième et dernier groupe d'explications a été lié à l'hérédité. Les femmes ont expliqué que le cancer peut être transmis par la famille (génétiquement). Or, pour certaines femmes, la "famille" signifie non seulement les parents de sang (ascendants génétiques) mais aussi la famille par le mariage. Les causes héréditaires du cancer du sein comprennent ainsi, et à la fois, les relations sanguines et les relations conjugales. De telles explications semblent être parfois contradictoires ou un hybride des croyances profanes et scientifiques.

1.6. Conclusion

En somme, de nombreuses attributions peuvent être émises suite à d'évènements positifs ou négatifs et peuvent engendrer des conséquences diverses pour la santé psychologique de chaque personne. « *En fait, les attributions sont tellement importantes pour notre adaptation psychologique*

que certaines recherches révèlent que les personnes qui s'adaptent le moins bien à leur vie à la suite d'évènements traumatisants, tel l'inceste, sont celles qui ne réussissent pas à émettre des attributions pour expliquer l'évènement. » (Vallerand, 1994, p.319).

2. Le "Locus Of Control" (LOC)

Nous cherchons dans ce travail les différences individuelles concernant les croyances en matière de contrôle pour ce qui est de l'expérience de la maladie cancéreuse auprès d'un groupe d'hommes et de femmes. Nous allons définir et analyser la notion de contrôle et ses construits en essayant de soulever la confusion conceptuelle qui les entoure.

2.1. Notion de contrôle

Les nombreuses expressions liées au contrôle témoignent d'un grand intérêt pour le construit. Nous parlons de lieu de contrôle, attributions causales, style attributionnel, contrôle perçu, désir de contrôle, moyens de contrôle, illusion de contrôle, sentiment d'efficacité personnelle, croyance en un monde juste, etc. Néanmoins, cette diversité témoigne d'une grande confusion conceptuelle.

A la lumière des propos de Dubois (1987, p.33) « *nous ne sommes pas la première à dénoncer ce flou notionnel et à tenter une clarification conceptuelle. De nombreux auteurs l'on fait avant nous : Rotter lui-même en 1975, et, pour ne citer que quelques-uns : Strickland (1978), Lefcourt (1980), Weisz et Stipek (1982), Palenzuela (1984). Cependant, force est de constater que ces mises au point non seulement sont demeurées stériles puisque la diversité conceptuelle a persisté, mais que bon nombre d'entre elles ont même contribué à cette surenchère terminologique.* ». Théoriciens et chercheurs ont approché le contrôle différemment. Certains l'appréhendent comme une croyance (Thompson, 1981 ; Rodin, 1990 ; Wallston, Wallston, Smith et Dobbins, 1987), d'autres le définissent comme un sentiment (Glass et Singer, 1972), une capacité (Fiske et Taylor, 1991), une simple perception (Skinner, 1995 ; Rodin, 1986 ; Heth et Somer, 2002 ; Paquet, 2006) ou même une illusion de contrôle (Langer, 1975 ; Lerner, 1976). Dans son sens large et général, le contrôle perçu (CP) est, selon Allen et Greenberger (1980), « *un concept qui inclut la notion de LOC de Rotter, de compétence de White, d'efficacité personnelle de Bandura, l'aliénation de Seeman et l'impuissance apprise de Seligman.* » (Dubois, 1987, pp.51-52).

Dans la présente recherche nous approchons le contrôle perçu en tant que concept multidimensionnel incluant celui de LOC, le sentiment d'efficacité personnelle (SEP), l'optimisme et le soutien social perçu (SSP). Nous consacrons le présent chapitre à définir et à analyser ces différents concepts liés directement à notre sujet. Nous analysons leurs rapports avec certains autres concepts dont la différence est minime et avec des conséquences parfois similaires. Nous présentons

dans un premier temps certaines définitions du contrôle perçu pour passer, dans un deuxième temps, à l'analyse de ses construits.

2.2. Contrôle perçu (CP)

Maintes définitions ont été attribuées au concept de contrôle perçu. Tantôt un sens précis lui est attribué, tantôt un sens général (Dubois, 1987). Selon Bruchon-Schweitzer (2002, p.310) « *le contrôle perçu consiste à croire que l'on dispose des ressources personnelles permettant d'affronter et de maîtriser les événements.* ». Rodin (1986) explique que « *percevoir une situation comme contrôlable est une appréciation subjective qui consiste à penser que l'on peut décider et agir face à cette situation de façon à en modifier le résultat.* » (Paquet, 2009, p.17). Rascle et Irachabal (2001, p7) proposent la définition suivante : « *le CP repose sur l'évaluation relative de la menace et des ressources personnelles. Les effets bénéfiques du CP reposeraient non seulement sur l'évaluation que l'individu fait de la situation aversive, mais aussi sur la certitude qu'il a de disposer de réponses comportementales qui seront efficaces. Si les possibilités de contrôle induites par l'environnement semblent faciliter l'ajustement, elles peuvent également avoir des effets défavorables s'ils sont inadéquats avec les caractéristiques personnelles des sujets. On envisage donc aujourd'hui le CP comme le résultat d'une interaction entre les caractéristiques de la personne (notamment ses possibilités et besoins de contrôle) et les caractéristiques de la situation (apports d'informations, suggestions comportementales ou décisionnelles).* »

De telles définitions se rapprochent beaucoup de la conception transactionnelle de stress de Lazarus et Folkman (1984) qui accordent une importance à l'évaluation en tant que transaction entre l'individu et son environnement. Lazarus et Folkman (1984) considèrent ainsi le CP comme « *un processus cognitif, élément de la transaction entre l'individu et la situation.* » (Paquet, 2009, p. 18). Ainsi défini, le contrôle perçu n'est plus un construit de la personnalité comme il a été longtemps abordé en favorisant alors sa confusion avec le LOC (Paquet, 2009). Le contrôle perçu dans sa nouvelle conception est un « *ensemble flexible à l'opposé d'une caractéristique stable de la personnalité.* » (Paquet, 2009, p. 17). Il s'agit ainsi d'une perception de contrôle d'une situation bien spécifique et transitoire dépendant à la fois de l'individu (se caractérisant par des croyances générales en ses possibilités de contrôler les événements) et de son environnement (situation ou événement particulier plus ou moins contrôlable). Il semble important, selon Paquet, Menu, Saint-Dizier et Rosnet (2004), d'ajouter à cette transaction, notamment dans des situations de sport collectif, de travail et probablement de santé, une autre dimension, celle de "l'influence des autres" ou ce que Todrank Heth et Sommer (2002) appellent "le contrôle perçu partagé".

Partant de la considération que le CP est un élément de la transaction entre une situation spécifique et un individu caractérisé par différentes variables dispositionnelles, dont le LOC, Paquet (2009) propose les quatre dimensions suivantes : l'internalité, les autres favorables, les autres défavorables et la chance ou le hasard. Ainsi, selon cet auteur, il semble important de différencier différents types de contrôle perçu : « *le contrôle personnel, le contrôle par des autres favorables (qui pourraient apporter du soutien social et exercer un contrôle indirect sur la situation), le contrôle exercé par des autres plutôt défavorables, agissant dans le sens opposé aux attentes du sujet, et le contrôle exercé par des facteurs extérieurs, incontrôlables.* » (Paquet, 2009, p. 18). Todrank Heth et Somer (2002) avancent la classification suivante : le contrôle personnel, le contrôle partagé avec les autres, le contrôle par les autres et les facteurs extérieurs, incontrôlables.

Bandura (1997) explique que certains individus, voulant se déresponsabiliser, cherchent à contrôler leur propre situation indirectement à travers l'aide d'autrui. D'autres individus refusent même l'idée que leur destin soit entre les mains de quiconque. Dans le même sens, Miller, Lack et Asroff (1985) ont montré que les personnes de type A (se caractérisant par des conduites hostiles, de l'impatience, le sens aigu d'urgence et surtout le besoin de contrôle de l'environnement) préfèrent souffrir que de déléguer le contrôle de leur situation à d'autres personnes (Paquet, 2009).

Selon Skinner (1995, p.3) « *le contrôle perçu est un construit puissant. Cinq décennies de recherche ont établi que c'était un puissant prédicteur du comportement, des émotions, de la motivation, de la performance et des succès et échecs dans de nombreux domaines de la vie.* ». Le CP représente une variable fondamentale dans les recherches actuelles, notamment en psychologie de la santé, dans le sens où il intervient dans l'intention d'adopter des comportements de santé. Selon Dubois (1987), la motivation à l'action naît chez les individus de leur perception d'une certaine maîtrise de leur environnement, le contrôle perçu ayant un effet majeur dans la genèse du comportement.

En effet, la théorie de l'action raisonnée (*The theory of reasoned action : TRA*) (Ajzen et Fishbein, 1980) et celle du comportement planifié (*The theory of planned Behavior : TPB*) (Ajzen, 1985 ; 1991) prédisent l'intention comportementale. Dans le domaine de la santé, ces théories expliquent pourquoi et comment la personne adopte ou pas un comportement de santé (tel que : s'auto-examiner les seins, se faire dépister, consulter un médecin, suivre son traitement, etc). Les effets du CP lié à la santé sur le comportement sont alors médiatisés par l'intention, dans la mesure où, en fonction du contrôle que je peux exercer, je vais prendre la décision, par exemple, d'arrêter ou de ne pas arrêter de fumer. Un faible CP ou un LOC externe pourrait, selon Paquet (2009), avoir un effet indirect sur le développement d'un cancer du fait que les individus externes ou qui ont un faible sentiment d'être responsables de ce qui leur arrive adopteraient moins des comportements

sains ou préventifs. Cependant, il est prédit également par la théorie de l'action raisonnée que la perception de contrôle et le comportement peuvent avoir un lien direct sans nécessairement passer par l'étape intentionnelle. Paquet (2009) qui cite l'exemple d'une étude menée auprès de 100 adultes en rémission de cancer et qui montre que le TPB (*The Theory of Planned Behavior*) explique 32 % de l'intention de faire de l'exercice physique.

Généralement, le contrôle perçu, qu'il soit personnel ou partagé, joue un rôle protecteur et bénéfique pour la santé physique et psychique de divers patients (asthmatiques, séropositifs, cancéreux, arthritiques, cardiopathes, etc.). Il est observé que le contrôle perçu induit un meilleur ajustement psychologique, plus de stratégies de coping actives, l'observance thérapeutique, une amélioration de la qualité de vie, etc. (Baker, Buchanan et Corson, 2008 ; Burns, Maniss, Young et Gaubatz, 2005; Quitard, 2001 ; Bidan-Fortier, 2001 ; Pruyn, Van Den Borne, De Reuver, De Boer, Bosman et De Jong, 1988 ; Wallston, Wallston et DeVellis, 1978). Néanmoins, l'effet protecteur du contrôle perçu n'est pas systématique et peut dépendre de ses composantes et de certaines autres caractéristiques (culture du sujet malade, nature et gravité de la maladie, degré de contrôlabilité objective de la maladie, etc.). Le contrôle perçu peut à certains égards s'avérer même dysfonctionnel.

Dans cette présente étude il est question de chercher les effets du contrôle perçu chez des patients atteints de cancer sur leur coping. Pour cette raison, nous commencerons par analyser les différents concepts qui composent le contrôle perçu de ces malades à savoir : le LOC, le SEP, l'optimisme et le SSP. Certains déterminants comme l'âge, le genre, le NSC du patient, ainsi que la nature de la maladie, seront pris en considération pour une explication et une compréhension plus fine et complète de l'expérience de la maladie cancéreuse chez des patients tunisiens.

2.3. Origines et définitions du concept de LOC

Un domaine de recherche relativement autonome par rapport aux travaux sur l'attribution cherche comment la personne explique ce qui lui arrive et analyse le rôle des renforcements dans la détermination de ses comportements. Il s'agit du "*locus of control*" (LOC) ou lieu de contrôle.

L'origine de la notion de LOC plonge ses racines dans la théorie de l'apprentissage de Rotter (1975). Selon Dubois, Phares (1976) présente la théorie de Rotter comme « *une théorie faite pour rendre compte de la complexité des comportements sociaux humains et permettant de comprendre pourquoi, parmi la variété des comportements potentiels que peut effectuer un individu, il réalise tel ou tel comportement particulier. Elle a donc un but prédictif : déterminer, pour un individu donné, parmi tous ses comportements potentiels, celui qui a le plus de chances de se produire.* » (Dubois, 1987, p.35). On connaît ainsi le rôle accordé au renforcement dans les processus

d'apprentissage comme récompense consécutive au comportement et qui rend probable la répétition de la réponse. Pour Rotter (1954 ; 1966 ; 1975) il faut que l'individu établisse une relation de causalité entre son comportement et le renforcement. Le LOC « *est la croyance généralisée dans le fait que les événements ultérieurs (ou renforcements) dépendent, soit de facteurs internes (actions, efforts, capacités personnelles), soit de facteurs externes (destin, chance, hasard, personnages tout-puissants).* » (Bruchon-Schweitzer et al., 2001, p.1). Le contrôle est alors acquis par apprentissage social au cours des expériences de la vie.

La théorie de l'apprentissage sociale souligne le rôle important de trois variables explicatives du comportement de l'individu. Il s'agit des renforcements, de la situation psychologique et des attentes.

2.3.1. Le renforcement

Pour Rotter (Dubois, 1987, p. 39) « *le renforcement est tout ce qui a un effet sur la production, la direction ou le type de comportement.* ». L'auteur ajoute que cette définition correspond à la définition behavioriste, selon laquelle, le renforcement est « *tout ce qui augmente la probabilité d'apparition d'un comportement.* ». Dubois (1987) explique qu'à la différence des behavioristes, les théoriciens de l'apprentissage considèrent le renforcement comme un des facteurs déterminants du comportement de l'individu mais pas le seul. Le renforcement peut être positif ou négatif selon que le comportement de l'individu, toujours motivé par un but à son égard, est une conduite de recherche ou bien d'évitement. Le contrôle est alors acquis par apprentissage social au cours des expériences de la vie (succès ou échecs).

2.3.2. La situation psychologique

C'est la situation telle qu'elle est vécue et interprétée par la personne en fonction de son histoire et de son expérience.

2.3.3. L'attente

Rotter (1954) définit l'attente (ou attente) comme « *la probabilité pour un individu qu'un renforcement particulier se produira à la suite d'un comportement spécifique de sa part, dans une ou des situations spécifiques.* » (Dubois, 1987, p. 39). « *Ainsi peut-on s'attendre, par exemple, à ce que nos efforts soient récompensés dans une situation donnée ou à ce que nos mauvaises actions soient sanctionnées. De telles attentes ou attentes varient avec les individus puisqu'elles dépendent des expériences passées et de leurs résultats.* » (Dubois, 1987, p. 39). Selon Rotter « *les attentes jouent un rôle important dans la détermination des comportements puisque si les*

individus adoptent tel comportement plutôt que tel autre, c'est en grande partie parce qu'ils ont de bonnes raisons de s'attendre à ce que ce comportement leur permette d'atteindre le but fixé. » (Dubois, 1987, p. 40). Dans la théorie de l'apprentissage social, il y a les attentes dites spécifiques qui résultent de la relation entre la situation actuelle et les situations identiques rencontrées antérieurement, et les attentes dites générales qui résultent de la comparaison entre la situation actuelle et l'ensemble des situations rencontrées antérieurement. Pour mieux comprendre la nature et le rôle de l'attente générale dégagée par Rotter, on doit retenir avec Dubois (1987, p. 44) les trois données suivantes : « 1) elle résulte de l'expérience accumulée par le sujet en matière de représentation du contrôle des renforcements au cours d'expériences nombreuses et variées, se distinguant ainsi des attentes spécifiques qui proviennent de la perception du contrôle que le sujet a eu à l'occasion d'expériences du même type et dans des situations semblables à la situation actuelle ; 2) elle est indépendante de la situation actuelle, ce qui fait qu'elle peut être considérée comme une variable de personnalité relativement stable et caractéristique d'une personne donnée ; 3) elle contribue en même temps que l'expérience acquise par le sujet de la situation actuelle à la détermination du sentiment de contrôle de l'individu sur cette situation. ». Il convient d'ajouter que l'importance de cette variable est fonction du degré de familiarisation du sujet avec la situation. Ainsi, plus cette dernière est nouvelle et/ou ambiguë, plus l'importance de l'attente générale est grande. L'attente générale est la variable déterminante essentielle du contrôle perçu.

Rotter, Chance et Phares (1972) proposent la formulation suivante pour récapituler le rôle des trois variables explicatives et prédictives du comportement humain : « la probabilité de voir apparaître un comportement donné **X**, dans une situation **I**, en relation avec un renforcement **A** est fonction de l'attente qu'a l'individu que ce renforcement **A** sera produit par le comportement **X** dans la situation **I** et de la valeur que l'individu attribue à ce renforcement **A**, dans la situation **I**. » (Dubois, 1987, p. 41). Avec la théorie de l'apprentissage social, l'accent est donc mis sur l'attente que le renforcement se produira et sur la valeur attachée à ce renforcement (Norman, 1995). Donc, selon cette perspective, le comportement de santé est fonction 1) de l'attente et 2) de la valeur attachée à la santé (Norman, 1995). Ainsi, la personne malade accepte la chimiothérapie parce qu'il s'attend à guérir et parcequ'il espère guérir.

Le LOC est ainsi une variable de la personnalité, plus précisément une croyance de contrôle en tant que caractéristique stable de la personne. Un *a priori* résultant d'une séquence de comportements/renforcements rencontrés au cours de la vie de la personne, indépendamment d'une situation précise (ex : maladie).

Levenson (1973 ; 1974) a reformulé le concept de Rotter après avoir mis en évidence certaines de ses insuffisances. Elle a obtenu une version à trois facteurs stables d'un groupe à un autre (étudiants, prisonniers, patients psychiatriques, marins). Son modèle suppose que *« l'internalité et l'externalité sont des croyances indépendantes (plutôt qu'opposées). Le fait de croire que certains personnages puissants peuvent contrôler ce qui nous arrive (P) est bien une orientation externe, mais induit des croyances et des attentes cohérentes entre elles et des événements prévisibles. Croire que notre vie est sous l'influence du hasard et de la chance (C) est aussi une orientation externe, mais qui implique des croyances relatives à des issues aléatoires, incohérentes entre elles et des événements imprévisibles. »* (Bruchon-Schweitzer et al., 2001, pp. 2-3).

Le concept de contrôle s'est développé. Il y a passage de la conception du contrôle en tant que croyance généralisée (Rotter et Levenson) vers une conception où le contrôle est perçu comme une transaction spécifique (Wallston et al., 1978).

Le comportement de l'individu en général et de santé en particulier est complexe et ne peut être que multi-déterminé. Il est probable que la théorie de l'apprentissage social ne peut pas tout expliquer dans la prédiction d'un comportement spécifique comme celui de la santé. On s'oriente aujourd'hui vers une conception plus dynamique et plus spécifique du contrôle (Bruchon-Schweitzer et al. 2001). Le contrôle est alors considéré *« comme un processus transitoire résultant de la transaction entre une personne (se caractérisant par des croyances générales en ses possibilités de contrôler les événements) et une situation (un événement particulier plus ou moins contrôlable objectivement). »* (Bruchon-Schweitzer et al., 2001, p.3).

2.4. Différenciation entre LOC et contrôle perçu (CP)

LOC et CP sont deux concepts tantôt assimilés tantôt distingués. Certains auteurs comme Wilson (1979) et Devins, Binik, Gorman, Dattel, McCloskey, Oscar et Briggs (1982) distinguent le CP du LOC : pour eux, le CP renvoie à l'efficacité personnelle alors que le LOC renvoie à l'expectation des renforcements (expectation d'efficacité). Certains considèrent mal dit le LOC comme une composante de nature cognitive alors que le CP est, selon Averill (1973), de nature cognitive ou comportementale (Lunardo, 2006). Certains auteurs assimilent le CP au concept du LOC (Lefcourt, 1976 ; Evans, 1981 ; Blankstein, 1984), d'autres le différencient. Plusieurs auteurs attribuent au CP un sens plus restreint, en tant qu'une perception du contrôle dans une situation spécifique en opposition au LOC qui serait une expectation générale du contrôle (Dubois, 1987).

Le CP selon Skinner (1995) *« doit davantage être envisagé comme une perception éphémère d'une situation spécifique. [...] Le CP serait le résultat d'une interaction entre les expériences de*

l'individu et le contexte. » (Paquet, 2009, p. 17). Le contrôle perçu se différencie ainsi du LOC dans le sens où il n'est pas une caractéristique stable de la personnalité mais plutôt comme un ensemble flexible. L'auteur rappelle que « *le locus de contrôle est défini comme une variable dispositionnelle qui résulte de l'ensemble des séquences (comportement/renforcement) rencontrées et qui traduit le degré de représentation que possède un individu du lien entre ses comportements et/ou ses caractéristiques personnelles et les renforcements positifs ou négatifs qu'il reçoit. Autrement dit, le locus de contrôle concerne l'ensemble des expériences passées de contrôle de l'individu. Le contrôle perçu serait, lui, le produit de l'interaction entre le locus de contrôle de l'individu et l'environnement, ce n'est donc pas un construit isolé, mais il fait partie d'un système.* » (Paquet, 2009, p. 17).

2.5. Mesure et instruments de mesure du LOC

Du côté de la mesure, plusieurs échelles générales de LOC sont conçues. Des échelles spécifiques à des domaines bien particuliers ont vu aussi le jour.

2.5.1. Echelle I/E Rotter : *Internal versus External Locus of Control (IE)-Scale* est une échelle générale unidimensionnelle mesurant la perception de contrôle. Elle permet de classer les gens en tant qu'internes (croyant en l'origine interne du renforcement : aptitudes, comportements, actions, efforts, désirs) ou externes (croyant en l'origine externe du renforcement : personnages tout-puissants, chance/destin/hasard). Composées de 29 items binaires avec la possibilité de répondre sur une échelle de Likert à 6 points. Celui qui a un score élevé ou supérieur à la médiane est dit "sujet externe" et celui qui a un score inférieur à la médiane est dit "sujet interne". L'échelle a été beaucoup critiquée (Bruchon-Schweitzer et *al.*, 2001) surtout concernant son unidimensionnalité, son instabilité de contrôle dans le temps puisqu'on est de plus en plus externe avec le temps, ainsi que la contamination des réponses internes par des biais et attitudes défensives (ex : norme d'internalité et désirabilité sociale).

2.5.2. Echelle de Levenson : *Levenson Locus of Control Scale (LLCS)* est une échelle générale multidimensionnelle élaborée par Levenson (1973, 1974). Elle est composée de trois sous-échelle : interne ou *Internal (I)*, autres tout puissants ou *Powerful others (P)* et *Chance (C)*. L'échelle compte 24 items représentant chacun l'énoncé d'une attitude dont le sujet doit préciser, sur une échelle de 1 à 3, son degré d'accord avec les opinions présentées. La LLCS a été préférée à l'échelle de Rotter (1966) du fait qu'elle apporte un important raffinement en différenciant entre un contrôle externe par autrui (ou autres tout puissants) et le contrôle par la chance. Cette

différenciation est basée sur l'idée que les individus qui croient que des personnages tout puissants contrôlent leurs comportements pensent différemment que ceux qui croient que le monde est désordonné et imprédictible et ainsi contrôlé par la chance (Brucon-Schweitzer et *al.*, 2001 ; Brosschot, Winifred, Gebhardt et Godaert, 1994). Les qualités psychométriques de l'échelle de Levenson sont très bonnes, ce qui explique son utilisation fréquente dans les mesures du LOC général.

Aujourd'hui, « *la littérature suggère plutôt d'utiliser des échelles spécifiques aussitôt qu'on s'intéresse à la façon dont les individus s'attendent à contrôler les événements particuliers de leur vie.* » (Paquet, 2009, p. 11).

2.5.3. Echelle de Wallston, Wallston et DeVellis : la *Multidimensional Health Locus of Control Scale* (MHLC) est élaborée par Wallston, Wallston et DeVellis (1978). Cette échelle est construite spécialement pour mesurer la perception de contrôle des événements liés à la santé et à la maladie. La MHLC compte trois dimensions: contrôle interne (IHLC), autres puissants (PHLC), dimension qui se divise elle-même en autres puissants et médecins, et chance ou destin (CHLC). La littérature (O'Hea, Bodenlos, Moon, Grothe et Brantley, 2009) a accentué l'importance de la religion et de la spiritualité dans le domaine de la santé et de la guérison. Ainsi, une quatrième dimension (*GodHLC*) fut ajoutée et porte sur la perception du contrôle par Dieu (Wallston, Malcarne, Flores, Hansdottir, Smith, Stein, Weisman et Clements, 1999). Un avantage de cette échelle est qu'elle a trois formes (A, B et C) qui font augmenter la sensibilité de l'instrument aux changements des croyances de contrôle au fil du temps (par exemple avant et après une maladie).

2.6. Recherches réalisées sur le LOC

Diverses études ont montré que le LOC influence le type et l'intensité de la réponse au stress (Rice, 1992; Spector et O'Connell, 1994). Ainsi, le niveau de contrôle est une variable très importante à considérer lorsque l'on parle de la satisfaction au travail et du stress occupationnel. Plus la personne perçoit qu'elle a de l'influence sur les sphères de son travail (interne), plus elle sera satisfaite de son emploi et moins elle ressentira du stress au travail (Savery et Luks, 2001; Spector, 1988). Dans le cadre d'une méta-analyse portant sur 88 études, Spector (1986) a montré que des degrés élevés de contrôle étaient associés positivement à un bon ajustement au travail (satisfaction professionnelle, implication au travail) et négativement à des conséquences dysfonctionnelles (troubles somatiques, détresse émotionnelle, absentéisme et turnover). Les professeurs universitaires ayant un locus de contrôle externe sont plus susceptibles d'avoir une pauvre satisfaction au travail et davantage de détresse psychologique (Leung, Siu et Spector, 2000).

L'intérêt pour le LOC dans le champ de la santé est important. Le nombre d'études qui ont mis à l'épreuve les effets du LOC sur la santé est considérable. Maintes études ont révélé que les malades cancéreux croyant disposer des ressources pour faire face aux symptômes de leur cancer manifestent moins de détresse psychologique et plus de stratégies d'adaptation efficaces. « *Les patients qui présentent une grande capacité perçue pour affronter les défis émotionnels de la maladie (sentiment de pouvoir surmonter leurs peurs) font au cours de leur traitement davantage d'efforts pour entretenir de bonnes relations avec leur médecin et sont également plus actives pour obtenir des informations dont elles ont besoin, même si celles-ci sont génératrices d'émotions négatives.* » (Paquet, 2009, p. 122).

Janne, Tordeurs, Michaux, Ghizlain, Mazy, De Wispelaere, Libert et Reynaert (2001) ont comparé trois groupes de femmes avant que le diagnostic ne soit posé (pathologie mammaire maligne : 51 femmes, pathologie mammaire bénigne : 71 femmes et un groupe contrôle : 30 femmes). Les résultats ont montré que celles diagnostiquées avec un cancer du sein ont un LOC externe, elles expliquent leur état de santé par la chance et le hasard. Selon Fisher (1988) « *un faible niveau de CP sur les événements stressants aurait tendance à développer des cancers ou des maladies infectieuses sur l'axe corticotrope. Ce sont en particulier des modifications hormonales provoquées par cette incapacité de contrôle qui seraient responsables des altérations immunitaires.* » (Paquet, 2009, p. 120).

Selon une étude de Segrestan, Cousson-Gelie et Bussièrès (2005) et suite à une biopsie mammaire en vue d'un diagnostic de cancer du sein, les patientes qui pensaient (avant le test) que leur état de santé dépendait du hasard ont adopté une stratégie d'impuissance-désespoir transformée, plusieurs mois plus tard, en une détresse élevée et une mauvaise qualité de vie. L'étude a aussi révélé que les patientes qui ont un faible LOC externe représenté par l'entourage et les médecins (penser que sa maladie et son état de santé ne dépendent pas ou dépendent faiblement des professionnels de la santé) ont manifesté un mauvais ajustement psychologique. En revanche, Taylor, Lichtman et Wood (1984) ont constaté que les patientes du cancer du sein qui croyaient pouvoir contrôler leur maladie par elles mêmes ou par leur médecin ont montré une meilleure adaptation à court et long terme que celles qui n'ont pas cette croyance (Taylor, 1983). Ainsi, le fait de s'attribuer la maladie est bien pour la santé. En revanche, un faible LOC externe lié aux soignants et à leur rôle dans le contrôle de la maladie ainsi qu'un LOC externe lié au hasard ont, tous les deux, des effets négatifs sur la santé des malades cancéreux.

L'étude de Lin et Tsay (2005) a mis en évidence que « *les patients atteints d'un cancer rapportaient les seuils les plus élevés (comparativement à d'autres pathologies) de contrôle externe lié "aux personnages tout-puissants"* » (Paquet, 2009, p. 123). Ce résultat confirme à nouveau

l'importance de croire que les personnes jugées les plus capables (le médecin) pour aider à la guérison contrôlent sa maladie, ce qui permet de supporter les traitements intensifs et lourds mais nécessaires pour sa survie. ». La relation entre la perception des patients atteints de cancer de la gravité de leur maladie et la dépression était nettement moins faible chez ceux qui perçoivent une possibilité de contrôle personnel de leur santé. Le même résultat est observé chez ceux qui ont tenu des attentes positives quant aux effets de se conformer au traitement médical (Marks, Richardson, Graham et Levine, 1986). Pour certains autres auteurs le lien entre le contrôle externe et la survenue d'un cancer du sein est considéré comme indirect. Une variable médiatrice, qui est l'observance thérapeutique, peut expliquer ce lien. Ainsi, selon William-Piehota, *Schneider, Pizarro, Mowad et Salovey (2004)* « *les messages de prévention visant à promouvoir les mammographies auront donc un plus grand impact chez les femmes avec un LOC de santé interne.* » (Paquet, 2009, p. 120).

Des résultats comparables sont observés auprès des malades séropositifs et parkinsoniens. Un LOC externe chez les malades séropositifs est associé à un style de coping inefficace représenté par un esprit peu combatif et des scores élevés de sentiments d'impuissance et de désespoir (Grassi, Righi, Sighinolfi, Makoui et Ghinelli, 1998). Selon Segerstrom, Taylor, Kemeny, Reed et Visscher (1996), attribuer ses événements de vie négatifs à soi-même, à sa propre responsabilité, affecte négativement le système immunitaire des malades séropositifs.

Les résultats de l'étude de Gruber-Baldini, Ye, Anderson et Shulman (2009) révèlent que le rapport entre la maladie de Parkinson et la qualité de vie des patients qui en sont atteints n'est pas déterminé, seulement, par la progression de la maladie et la sévérité des symptômes mais aussi par certaines variables dispositionnelles telles que : le LOC et l'optimisme/pessimisme. Les individus ayant un LOC Interne haut ou élevé peuvent être plus motivés pour adopter des stratégies préventives et s'engagent davantage dans des activités qui peuvent promouvoir ou maintenir leurs comportements quotidiens. L'étude de Wallhagen et Brod (1997) cherchant le rôle du LOC sur la qualité de vie des patients parkinsoniens a montré que le CP sur les symptômes est associé chez ces patients à un bien-être et à une meilleure qualité de vie. Ce résultat a même un effet positif sur les soignants sentent moins de lourdeur dans la prise en charge de leurs patients. L'étude de Kolpas, Gans, Wisely, Kuchibhatla, Cutson, Gold, Taylor et Schenkman (1999) a aussi révélé un rapport entre le LOC Interne et la qualité de vie chez 86 patients parkinsoniens et aucun lien avec le LOC Externe. La même étude a révélé que les scores du LOC sont plus bas chez les patients dont la maladie est avancée, ce qui suggère que la sévérité de la maladie influence négativement les convictions de contrôle des patients.

Triemstra, Van der Ploeg, Smit et Briet (1998) révèlent que chez 711 hémophiles, le même niveau d'incapacité engendrée par la maladie affaiblit moins les patients qui perçoivent du contrôle

sur leur atteinte. L'effet du CP a été montré (Maxwell, Gatchel et Mayer, 1998), également, auprès de personnes souffrant de lombalgies chroniques : les patients qui perçoivent une absence de CP sur leurs symptômes développent des troubles dépressifs importants (Rascle et Irachabal, 2001). D'ailleurs, des résultats très intéressants ont révélé que le contrôle peut être déterminant dans l'apparition même de certaines maladies psychologiques comme organiques. Des études récentes (Paquet, 2009) ont montré que la dimension qui mène davantage aux troubles cardiovasculaires, dans la mesure du profil comportemental de type A, était l'hostilité-colère, autrement la perte du "self-control" ou de l'absence de contrôle. Stürmer, Hasselbach et Amelang (2006) ont réalisé une étude longitudinale sur une large cohorte de 5114 allemands : ils ont montré que le risque de développement d'un infarctus du myocarde diminue avec un LOC interne. Les maladies coronariennes ne sont plus ainsi considérées avec Dantzer et Bruchon-Schweitzer (1994) comme une pathologie de l'hyper-contrôle mais plutôt de non-contrôle. Selon Katz, Yelin, Eisner et Blanc (2002) « *les sujets présentant un sentiment de fort contrôle perçu sur l'asthme ont une meilleure qualité de vie, un meilleur ajustement physique et mental ainsi que moins de symptômes dépressifs.* » (Paquet, 2009, p.121).

Le contrôle est lié à d'autres facteurs tels que la perception que l'on a des autres, du hasard et leur influence sur la santé. Les études de Kelly, Murphy et Bahr, Morgan, Kalichman, Stevenson, Brasfield, Bernstein, Lawrence (1993) et de Spalding (1995) ont montré que les croyances des patients séropositifs en un LOC-chance ont été associées à des niveaux élevés de dépression et à des problèmes d'adaptation psychologique. De leur côté, Préau et *al.* (2005) ont montré que le LOC chance a un effet sur la santé mentale et ce au début du traitement de l'infection par VIH. Cependant, à long terme, cette croyance de contrôle de la santé par la chance s'affaiblit et la qualité de vie liée à la santé mentale se dégrade. Le CP chez des adolescents diabétiques a un effet protecteur. Ainsi, un LOC interne et un sentiment d'efficacité ainsi qu'un support familial élevés favorisent l'adoption de comportements de santé et un meilleur ajustement psychologique (Gillibrand et Stevenson, 2006).

La représentation du contrôle se trouve affectée par des fonctionnements normatifs (Beauvois et Dubois, 1988) qui, dans les sociétés occidentales, privilégient les dimensions internes. Dubois (1994, pp.17-18) souligne que la « *prédominance des croyances en un contrôle interne des renforcements n'a jamais été considérée comme une erreur. Bien au contraire, elle est apparue comme une caractéristique associée à ce qu'il y a de mieux dans notre culture, une sorte de label de qualité que l'on se doit l'acquérir.* »

Une relation entre l'internalité et la réussite scolaire et universitaire, professionnelle mais aussi entre l'internalité et la santé est mise en évidence. Dans le domaine scolaire, les sujets internes

cherchent pertinemment les informations, prennent davantage des initiatives et persévèrent en cas d'échec. Par contre, les sujets externes se sentent plus facilement stressés, anxieux et déprimés (Consoli, 1996). Dans le domaine professionnel, une internalité plus élevée favorise la recherche d'emploi. Une étude de Joulain (1995) montre que parmi les jeunes chômeurs ce sont les internes qui sont les plus actifs et dynamiques dans la recherche d'un emploi. Ces internes sont les plus jeunes et plutôt des femmes. A l'inverse, les hommes ainsi que les plus âgés se montrent plus externes et moins actifs (Testé, 2009 ; Alaphilippe et *al.*, 1997).

Bruchon-Schweitzer, Giliard, Sifakis, Koleck, tastet et Irachabal (2001) ont analysé plus de 70 études (1964-1999) dont 46 ont trait à l'ajustement émotionnel, 16 à l'état fonctionnel et 10 à des styles de vie sains, ce pour savoir si l'internalité était vraiment un "atout" et l'externalité un "handicap". Ils ont trouvé 58 études qui montrent l'effet bénéfique de l'internalité et seulement 14 études qui ne le montrent pas. Il ressort que les sujets internes s'adaptent mieux socialement que les externes, ont un meilleur moral, jouissent d'une meilleure santé et sont jugés plus favorablement (Johnson, Leventhal, et Dabbs, 1971 ; Alaphilippe et *al.*, 1997 ; Bruchon-Schweitzer et *al.*, 2001). D'autres recherches ont montré que les internes sont plus susceptibles que les externes d'assumer la responsabilité de leurs soins post-opératoires (Johnson, Leventhal et Dabbs, 1971), de pratiquer des soins dentaires préventifs (Williams, 1972), d'avoir des attitudes positives à l'égard de l'exercice physique (Sonstroem et Walker, 1973), et, généralement, une meilleure santé (Seeman et Seeman, 1983).

Malgré cette valorisation culturelle, l'effet de l'internalité n'est pas toujours bénéfique et salutogène. L'effet favorable de l'internalité n'est significatif que dans des contextes où le contrôle est possible et fructueux. Ainsi, face à une maladie chronique, les malades internes manifestent un meilleur ajustement, mais si leur état ne s'améliore pas ou s'aggrave malgré leurs efforts, ils vont présenter plus de troubles émotionnels que les externes (Préau et *al.*, 2005 ; Bruchon-Schweitzer et *al.*, 2001 ; Marks et *al.*, 1986).

Il s'avère que la représentation du contrôle varie en fonction de différents facteurs comme la nature de l'événement (stresseurs ponctuels, chroniques, contrôlables, incontrôlables, etc.), l'âge, le genre, les croyances des individus voire la culture des sociétés.

Lazarus et Folkman (1984) soutiennent que la culture influence les croyances des gens en ce qui concerne le contrôle de leur santé (LOC), et ils expliquent aussi que ces croyances influencent, à leur tour, le coping et les réponses émotionnelles au stress. Des études (Richardson, 1979 ; Speake, Cowart et Stephens, 1991) suggèrent que les populations rurales sont plus susceptibles de percevoir que leur vie est contrôlée par des facteurs externes. Par exemple, dans une étude qui a utilisé une mesure générale du contrôle perçu interne ou externe, les adultes des régions rurales ont

déclaré un plus grand sentiment de contrôle externe sur leur comportement que leurs homologues urbains (Richardson, 1979). Aussi, en utilisant une mesure de LOC lié à la santé, Speake et *al.* (1991) a montré que, comparativement aux personnes âgées urbains, les âgés ruraux ont exprimé une forte préférence pour les LOC chance et autres tout puissants. Bettencourt, Talley, Molix, Schlegel et Westgate (2008), dans leur étude qui a porté sur la relation entre le LOC et le coping face à un cancer du sein auprès de femmes urbaines et rurales, ont trouvé que ces dernières croyaient que leur maladie est contrôlée par la chance et par d'autres tout puissants tout en manifestant des niveaux bas de dépression et élevés en satisfaction. En revanche, avec les femmes urbaines, un tel LOC externe est associé à une plus grande dépression et à une insatisfaction par rapport à la vie. De tels résultats concordent avec les résultats des études de Kirkland (1995) et Wassem (1991) mais semblent contredire ceux de Meyers (2002) qui n'a trouvé aucune association entre le LOC chance et la dépression chez les femmes urbaines. Melton (1983) considère que la ruralité est fortement associée à la détente, aux valeurs traditionnelles et au sens de la nature. En outre, les populations rurales sont plus religieuses et fatalistes que celles urbaines, ce qui peut expliquer cette valorisation culturelle du LOC chance et autres tout puissants (ex : forces divines...)

2.7. Conclusion

Que le LOC soit unidimensionnel ou multidimensionnel, ses effets sur la santé, directs ou médiatisés par des variables personnelles et/ou contextuelles, sont divers. En général, l'internalité s'avère fonctionnelle et l'externalité dysfonctionnelle.

3. Le sentiment d'efficacité personnelle²

Les travaux de Bandura connaissent un grand succès avec sa théorie socio-cognitive qui a inspiré et inspire toujours les chercheurs dans des domaines aussi variés que l'éducation, la formation, le travail, la santé, etc.

3.1. Origines et définitions du concept

Bandura, dans sa théorie socio-cognitive (1977 ; 1986 ; 2003), postule que le fonctionnement humain est régulé par des facteurs de l'environnement, personnels mais aussi par les comportements de l'individu suivant un schéma de déterminisme réciproque. De ce postulat découle ce que

² - Bandura (2007) a utilisé plusieurs expressions en tant que synonymes : *self-efficacy*, *sens of personal efficacy*, *perceived efficacy*, *personal perceived efficacy*, *beliefs efficacy*. Lecompte a traduit *self-efficacy* et *personal efficacy* par "efficacité personnelle", *perceived efficacy* par "efficacité perçue". Nous utilisons dans notre texte les termes suivants en tant que synonymes : auto-efficacité, sentiment d'efficacité personnelle, perception d'efficacité personnelle, efficacité perçue.

Bandura nommé "agentivité humaine". L'agentivité humaine est le fait que l'être humain est agent actif de sa propre vie. Il influence intentionnellement le cours de sa vie et de ses actions. Pour cela, l'individu devrait s'estimer capable de produire les résultats qu'il escompte. Le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) est ainsi au cœur de l'agentivité humaine. Le sentiment d'efficacité personnelle aide l'individu à choisir et à contrôler ses actes (dépense des efforts, persistance) mais aussi ses pensées (positives et négatives), ses sentiments (réactions émotionnelles face aux obstacles), sa motivation, etc. Un SEP élevé alimente les accomplissements et par conséquent le bien-être personnel.

Selon Bandura (2003), le sentiment d'efficacité personnelle se définit comme les « *croyances qu'entretient un individu quant à sa capacité de réaliser une tâche particulière ou d'affronter efficacement une situation précise. Un tel sentiment ne constitue pas nécessairement une estimation rationnelle des capacités réelles de la personne. Il est plutôt le résultat d'un processus transactionnel entre l'estimation que la personne fait des exigences relatives à la tâche à exécuter, des ressources qu'elle possède ou croit posséder, et surtout de la capacité de les utiliser adéquatement dans cette situation précise. La conviction de son efficacité personnelle ne concerne donc pas tant les connaissances et les compétences détenues par l'individu que le jugement qu'il porte sur ce qu'il croit être en mesure de faire avec ses connaissances et ses compétences détenues par l'individu que le jugement qu'il porte sur ce qu'il croit être en mesure de faire avec ses connaissances et ses compétences dans une situation précise. Cette distinction est importante car elle permet d'expliquer pourquoi certaines personnes, possédant pourtant les mêmes connaissances, n'arrivent pas nécessairement à atteindre le même niveau de performance, tout comme une même personne n'arrive pas toujours à offrir le même rendement dans des contextes différents.* » (Grégoire, Bouffard et Cardinal, 2000, p. 96).

Les croyances d'efficacité sont « *définies et mesurées indépendamment de la performance, elles permettent de prédire la présence, la généralisation et la persistance du comportement.* » (Bandura, 2003, p. 28). Les enfants, par exemple, qui s'estiment efficaces, réussissent mieux que ceux qui doutent de leurs capacités. Ainsi, l'efficacité personnelle perçue n'est pas une mesure des aptitudes réelles de la personne mais une croyance relative à ce qu'elle est capable de faire dans des situations différentes. Bandura (1997) stipule que le sentiment d'efficacité personnelle est déterminé par quatre sources d'information : les expériences de maîtrise, les expériences vicariantes, les persuasions sociales et les états physiologiques et émotionnels.

3.2. Sources de l'efficacité personnelle

3.2.1. Les expériences de maîtrise

Ce sont les performances antérieures ou réussites similaires dans le passé. Source la plus influente selon l'auteur parce qu'elle porte sur des expériences personnelles (Bandura, 1997). Elles correspondent à la manière dont les individus interprètent les performances et réussites antérieures. L'individu qui pense que ses efforts ont porté leurs fruits se sent capable d'accomplir, par la suite, une tâche similaire. Quand on a l'habitude de réussir quelque chose, on se pense capable d'en réussir d'autres. *« Le fait de maîtriser une tâche et de la réussir augmente considérablement les attentes d'efficacité, alors que le fait de cumuler les échecs les mine de façon progressive. Cette relation est néanmoins modulée par le type d'attributions que la personne utilise pour expliquer ses revers et ses succès. A titre d'exemple, lorsqu'un individu s'en remet à des attributions externes et instables (par exemple, la malchance) pour expliquer sa piètre performance à une tâche particulière, son sentiment d'efficacité personnelle risque peu d'être influencé par sa performance. Par contre, si cet individu attribue sa piètre performance à des facteurs internes et stables, comme un manque d'intelligence, son sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de cette tâche risque fort de diminuer. »* (Grégoire et al., 2000, pp. 96-97).

3.2.2. Les expériences vicariantes

Appelées aussi "modelage social". Ce sont les occasions où la personne a observé des "autres similaires" réalisant des activités et avec de bons résultats, ce qui l'encourage à acquérir et/ou à modifier ses comportements et de penser qu'elle aussi est capable de réaliser ce que autrui a fait (Peterson et Stunkard, 1992). Bandura (1986) soutient qu'une personne *« développe des attentes d'efficacité personnelle en observant et en comparant ses propres capacités à celles des gens qui l'entourent. Ainsi, le fait de voir ses semblables réussir ce qu'ils entreprennent à la suite d'efforts continus accroît le sentiment d'efficacité personnelle de la personne. A l'inverse, le fait de les voir échouer en dépit des efforts déployés sème le doute quant à ses propres capacités. »* (Grégoire et al., 2000, p97).

3.2.3. Les persuasions verbales

Il s'agit des renforcements verbaux tels que : compliments, supports, encouragements, conseils, etc. C'est le fait de convaincre la personne qu'elle possède les compétences à résoudre une tâche ou un problème quelconque. Le sentiment d'efficacité de l'individu, pris dans une tâche ou une situation difficile, se maintient et s'améliore davantage lorsque son entourage lui exprime sa

confiance en ses capacités. La détermination des persuasions verbales stipule que l'individu possède, préalablement, un certain sentiment d'efficacité.

3.2.4. Les états physiologiques et émotionnels

Les états physiologiques et émotionnels (stress, anxiété, douleur, humeur, etc.) dans lesquels les gens se trouvent en effectuant un tel ou tel comportement, influent sur leur sentiment d'efficacité personnelle. Ainsi, l'anxiété chez l'élève fait diminuer son sentiment d'efficacité dans la réalisation avec succès d'une tâche scolaire. Selon Teasdale (1988) « *les épisodes négatifs d'humeur dépressive activent une vision globale de soi comme incompetent et sans valeur plutôt qu'ils n'activent seulement des souvenirs malheureux. L'incompétence perçue, qui ressemble à l'inefficacité perçue, augmente et prolonge la dépression par un sentiment d'inutilité de l'effort à exercer quelque contrôle sur les aspects désagréables de l'existence.* » (Bandura, 2003, p. 171). Nous pouvons conclure que la dépression, ou même la mauvaise humeur, peuvent abaisser la croyance d'efficacité et mènent probablement à une attitude de résignation et d'abandon.

Le SEP peut avoir un rôle direct en permettant aux individus de mobiliser et d'organiser leurs compétences (François et Botteman, 2002). Un SEP élevé permet des apprentissages plus nombreux et plus profonds (Nagels, 2008). Le SEP peut également avoir un rôle indirect en influençant le choix des objectifs et des actions. Ainsi, le SEP intervient comme variable médiatrice du développement des intérêts professionnels, des choix de carrière et des niveaux de performances (François et Botteman, 2002).

Les personnes avec un SEP élevé croient avoir des capacités suffisantes pour accomplir leurs tâches et réussir leurs objectifs. Elles prennent les tâches difficiles comme des paris à réussir plutôt que comme des menaces à éviter. Elles affrontent les situations menaçantes en se fixant des buts et persévèrent dans leur réalisation. En revanche, les personnes dont le SEP est faible évitent les tâches difficiles et les perçoivent comme menaçantes. Elles ont un faible engagement face aux difficultés et ne se concentrent que sur les obstacles de la situation et leurs déficiences personnelles. Une fois engagées dans un domaine quelconque, elles abandonnent rapidement et se résignent (François et Botteman, 2002).

A ce niveau, on peut se poser la question du lien qui peut exister entre le fait d'avoir ou pas un SEP élevé et la croyance de contrôle. Autrement, est-ce qu'un SEP élevé fait que la personne croit contrôler elle-même l'événement ? Est-ce qu'un SEP faible peut expliquer le recours à une autre personne ?

3.3. Croyances de contrôle

Trois modalités différentes orientent l'individu dans l'intention de contrôler les événements de sa vie. L'agentivité de l'individu se manifeste alors à travers l'intervention directe de la personne, ou par le biais d'une procuration (à travers une autre personne) ou en intervention collective (en groupe). Ainsi, selon Carré (2004), l'agentivité « *se comprend à l'intérieur d'un modèle du sujet qui négocie systématiquement ses comportements, ses motivations et ses affects avec son environnement physique et social.* » (Nagels, 2009, p.3).

3.3.1. Contrôle personnel (ou direct) versus contrôle par procuration

Le contrôle personnel permet à l'individu la prédiction de l'environnement et ainsi le pouvoir de traiter les exigences de la vie quotidienne. L'individu mobilise ses compétences et ses ressources afin de produire les performances nécessaires pour atteindre les résultats désirés. Un tel type de contrôle est préféré lorsqu'il s'agit d'événements désagréables exigeant un contrôle facile (qui requiert peu d'efforts et de compétences).

Avec le contrôle par procuration, l'individu cherche à contrôler son environnement en se tournant vers d'autres personnes. Il s'agit d'intermédiaires sur lesquels l'individu exerce de l'influence afin de lui apporter les résultats désirés. Le recours à un tel type de contrôle s'explique soit par le renoncement volontaire de l'individu à contrôler l'événement qui touche sa vie pour se libérer de l'exercice d'efforts ainsi que des risques d'échec de ce contrôle, soit par la croyance que les autres sont plus compétents à le faire.

3.3.2. Contrôle collectif ou auto-efficacité collective

Il arrive que le contrôle de certains contextes et l'atteinte des objectifs se réalisent grâce à la coordination et l'interdépendance des efforts d'un groupe. Selon Bandura (2003) l'auto-efficacité collective est « *une croyance partagée par un groupe en ses capacités conjointes d'organiser et d'exécuter les actions nécessaires pour produire un niveau donné de réalisations [...]. L'auto-efficacité collective n'est pas simplement la somme des croyances des individus en leur efficacité, il s'agit plutôt d'une caractéristique émergente du groupe, produite par des dynamiques coordonnées et interactives.* » (Nagels, 2009, p. 2). D'où l'agentivité collective, qui correspond au « *sentiment que possèdent les gens de pouvoir produire collectivement des effets.* » (Joët, 2010, p.71). Des études (Goddard, Hoy et Woolfolk, 2004 ; Skaalvik et Skaalvik, 2007 ; Nagels, 2009) ont révélé que l'auto-efficacité collective influe positivement sur l'auto-efficacité individuelle, l'engagement

affectif et la satisfaction au travail, il semble même que le stress professionnel peut être prévenu par un fort sentiment d'efficacité individuelle et collective.

Pour une meilleure compréhension du concept d'auto-efficacité, il est important de souligner certaines ressemblances et dissemblances avec d'autres concepts proches.

3.4. Différenciation du concept d'autres apparentés

Plusieurs concepts font référence aux perceptions de soi (estime de soi, confiance en soi, LOC, sentiment d'efficacité, perception de compétence, etc.), ce qui nécessite une différenciation entre le concept de sentiment d'efficacité personnelle et bien d'autres. Quoiqu'ils soient parfois regroupés, le concept d'efficacité personnelle et celui d'*estime de soi* sont bien distincts. « *L'efficacité personnelle perçue concerne les évaluations par l'individu de ses aptitudes personnelles, tandis que l'estime de soi concerne les évaluations de sa valeur personnelle. Or il n'y a pas de relation systématique entre ces deux groupes de données. Des personnes peuvent se considérer totalement inefficaces dans une activité donnée sans pour autant perdre leur estime de soi, parce qu'elles n'engagent pas leur valeur personnelle dans cette activité. [...] Inversement, des individus peuvent s'estimer très efficaces dans une activité et ne pas en tirer de fierté. [...] Il est cependant exact que les gens ont tendance à cultiver leurs aptitudes dans des activités qui leur donnent un sentiment de valeur personnelle.* » (Bandura, 2007. p. 24). L'auto-efficacité est une évaluation que fait la personne de ses aptitudes personnelles tandis que l'estime de soi est l'évaluation de sa valeur personnelle, de l'image qu'elle se fait de sa personne. La relation entre ces deux concepts n'est pas systématique. Ainsi, on peut se sentir inefficace dans un domaine ou une tâche tout en gardant une bonne estime de soi. On peut aussi se sentir très efficace en dépit d'une faible estime de soi. La différenciation de l'efficacité personnelle de l'estime de soi n'est pas seulement conceptuelle mais aussi méthodologique. Ainsi, par erreur, certains instruments conçus pour mesurer l'estime de soi incluent des auto-évaluations à la fois d'efficacité et de valeur personnelle. A titre d'exemple, Harter (1990), qui a regroupé les évaluations de la valeur avec celles de la compétence personnelle en tant que même phénomène.

Autre concept qui se différencie de l'efficacité personnelle : la *motivation d'effectance* ou le besoin intrinsèque de traiter efficacement l'environnement (White 1959, 1960). En effet, « *produire des effets par des activités exploratoires construit les compétences et est satisfaisant en soi. La motivation d'effectance se développe probablement par l'acquisition cumulative de connaissances et d'aptitudes à gérer l'environnement.* » (Bandura, 2007, p. 27).

« *La théorie de l'effectance et la théorie sociocognitive diffèrent clairement sur divers aspects. Selon l'approche sociocognitive, le choix, l'effort et la persévérance sont fortement régulés*

par des croyances d'efficacité personnelle plutôt que par une pulsion d'effectance. Les croyances d'efficacité étant définies et mesurées indépendamment de la performance, elles permettent de prédire la présence, la généralisation et la persistance du comportement. Il est par contre difficile d'expliquer la variabilité du comportement humain en termes de pulsion globale à la motivation intrinsèque. » (Bandura, 2007. p. 28). Un autre point de distinction entre les deux concepts est que la source, presque exclusive, de l'effectance est le comportement exploratoire (les relations prolongées avec l'environnement) alors que les sources de l'efficacité personnelle sont multiples : il s'agit des expériences vicariantes, des expériences directes de maîtrise ou performances antérieures, des renforcements verbaux et des réactions physiologiques et émotives.

Un autre concept qui devrait être différencié de l'efficacité personnelle est celui du **LOC**. Il faut distinguer entre les croyances relatives à la capacité de produire certaines actions (efficacité personnelle perçue) et les croyances relatives au fait que les actions affectent ou non les résultats (*Locus of control*). « *Il est largement reconnu que la croyance que les actions personnelles déterminent les résultats augmente le sentiment d'efficacité et de pouvoir, alors que la croyance que les résultats surviennent indépendamment de ce que fait l'individu crée de l'apathie. [...] Croire que les résultats sont dus au comportement de l'individu peut décourager ou stimuler selon que la personne croit ou non qu'elle-même puisse agir de la manière requise. Les gens qui pensent que les résultats sont déterminés par l'individu, mais qui estiment ne pas avoir les compétences nécessaires, éprouvent un faible sentiment d'efficacité et abordent les activités avec un sentiment d'inutilité.* » (Bandura, 2007. p.37).

3.5. Mesure et instruments de mesure de l'efficacité perçue

Selon Bandura (2007, p.71) « *Pour avoir un pouvoir explicatif et prédictif, les mesures d'efficacité personnelle doivent donc être adaptées aux domaines de fonctionnement concernés et représenter des gradations d'exigence de la tâche à l'intérieur de ces domaines.* ». Initialement, l'auto-efficacité est mesurée à l'échelle d'une activité particulière, par exemple faire une activité scolaire (Gaskill et Woolfolk Hoy, 2002). Bandura (1986) précise que la mesure du SEP en lien étroit avec une tâche précise apporte des informations pertinentes et accroît la valeur prédictive de cette perception. Des échelles précises de mesure de l'efficacité perçue ont vu le jour (Gist et Mitchell, 1992 ; Wood et Bandura, 1989). Cependant, dans une phase ultérieure, les chercheurs ont développé des mesures d'auto-efficacité plus généralisées adaptées à des domaines variés (Wallston, 1992 ; Swartzler, Müller et Greensglass, 1999). L'auto-efficacité générale est une croyance en ses compétences indépendamment des situations. C'est une croyance relativement stable. Certains auteurs (Eden, 1988 ; Judge, Locke et Durham, 1997 ; Scherbaum, Cohen-Carash et

Kern, 2006) considèrent le sentiment d'efficacité généralisé comme un trait motivationnel. Cette opérationnalisation est complètement contrastée avec les formulations originales de Bandura qui considère le sentiment d'efficacité spécifique comme un état de croyance en ses compétences. Avec les mesures généralisées, le sentiment d'efficacité personnelle quitte sa relation très étroite avec des contextes précis et se transforme en un trait de personnalité, une disposition personnelle. Mais Wallston (1992) explique par exemple qu'un événement comme la dépression n'est pas conceptualisée comme un domaine spécifique et que la contribution de la mesure du sentiment d'efficacité généralisée dans la prédiction d'un tel événement est donc établie. Schwarzer et Hallum (2008) ajoutent que si l'auto-efficacité est utilisée comme prédicteur des résultats généraux, tels que la qualité de vie, le bien-être, l'adaptation et la santé globale, il est justifié d'utiliser une mesure d'auto-efficacité générale tel que le *General Self-Efficacy Scale* (Schwarzer et Jerusalem, 1995). Shelton (1990) affirme que le sentiment d'efficacité généralisée se développe le long de la vie de l'individu en accumulant les succès dans des domaines différents. L'auteur ajoute que l'accumulation des succès, à côté des expériences vicariantes, de la persuasion verbale et des états émotionnels, augmente le sentiment d'efficacité généralisée. Eden (1988) a montré que le sentiment d'efficacité généralisée influence positivement le sentiment d'efficacité spécifique dans multiples situations. Cette relation positive révèle que l'efficacité générale déborde dans les situations spécifiques (Shelton, 1990 ; Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs et Rogers, 1982). Ainsi, les individus ayant un sentiment d'efficacité généralisée élevé s'attendent à réussir à travers une variété de tâches liées à différents domaines (Chen, Gully et Eden, 2001).

La revue de la littérature portant sur l'auto-efficacité indique que la majorité des recherches continuent à se focaliser sur la dimension spécifique du concept tout en ignorant sa dimension générale. Ceci ne peut que limiter l'exhaustivité théorique et la compréhension d'une partie de la variance expliquée dans les recherches sur la motivation (Imam, 2007).

Cela étant dit, les mesures générales d'auto-efficacité ont fait l'objet de certaines critiques. Ces mesures reflètent des perceptions générales et globales qui correspondent peu ou pas à la tâche dans laquelle le sujet interviewé devrait estimer ses capacités. En outre, de telles mesures semblent refléter davantage le concept de soi plutôt que celui d'auto-efficacité du fait qu'elles évaluent, d'une manière générale, la confiance des individus à accomplir les tâches (Joët, 2010). Mais Judge, Erez et Bono (1998) ont montré que l'auto-efficacité générale est liée, mais bien distincte, d'autres construits d'évaluation de soi, en l'occurrence, l'estime de soi. Une lourde critique (Lee et Bobko, 1994 ; Bandura, 1997 ; Chen, Gully et Eden, 2001) a porté sur les propriétés psychométriques des mesures de l'auto-efficacité générale. Mais Scherbaum, Cohen-Carash et Kern (2006) ont montré que les trois mesures de l'auto-efficacité générale, à savoir le *General Self-Efficacy Scale* (Sherer,

Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs et Rogers, 1982), le *General Perceived Self-Efficacy Scale* (Schwarzer et Jerusalem, 1995) et le *New General Self-Efficacy Scale* (Chen, Gully et Eden, 2001) ont de bonnes qualités psychométriques. Un tel résultat renforce la preuve de validité soutenant le construit de l'efficacité générale. L'auto-efficacité générale est ainsi d'une utilité théorique et empirique pour différents domaines (éducatif, organisationnel, thérapeutique, etc) (Robbins, Lauver, Le, Davis, Langley et Carlstrom, 2004 ; Eden, 2001 ; Scherbaum, Cohen-Charash et Kerm, 2006). Enfin, il semble nécessaire de rappeler qu'il faut bien choisir son instrument de mesure de sorte qu'il reflète le construit du SEP en tant que capacités perçues et non pas en tant que capacités réelles.

3.6. Recherches réalisées sur le sentiment d'efficacité personnelle

3.6.1. Le sentiment d'efficacité personnelle dans le domaine éducatif

C'est dans le domaine de l'éducation que le concept du SEP a reçu une attention particulière. Les recherches réalisées sur le rôle du SEP dans le domaine de l'apprentissage et de la formation ont montré que « *plus les apprenants rapportent un sentiment d'efficacité personnelle plus ils choisissent des activités qui représentent pour eux un défi, plus ils se fixent des objectifs élevés, mieux ils régulent leurs efforts, plus ils persévèrent face à des difficultés, mieux ils gèrent leur stress et leurs anxiété et meilleurs sont leurs performances.* (Bandura, 1988 ; Bong et Skaalvik, 2003 et Marsh, 1990). » (Galand et Vanlede, 2005, p. 5). Nombre d'études ont montré que le SEP prédit, en partie, les résultats scolaires, le choix des filières d'étude et les choix professionnels (Marsh et Yeung, 1997 ; Pajares et Miller, 1994 ; Lent, Lopez et Bieschke, 1991). D'autres études ont montré que les sentiments d'efficacité sont négativement associés à la tricherie (Murdoch, Hale et Weber, 2001) mais positivement reliés à la demande d'aide en cas de difficultés (Ryan, Gheen et Midgley, 1998). Le concept de SEP fut beaucoup étudié en contexte éducatif mais aussi professionnel.

3.6.2. Le sentiment d'efficacité personnelle dans le domaine professionnel

Les apports du SEP ont été éprouvés dans le domaine professionnel. Selon Bandura (2003), les nouvelles recrues arrivant avec un solide SEP apprennent et réussissent mieux en période de formation que leurs homologues représentant un faible sentiment d'efficacité. Bandura (2003) ajoute que les nouveaux recrutés ayant un SEP élevé à l'entrée dans l'organisation ont mieux répondu aux exigences situationnelles et mieux assumé les aspects techniques, interpersonnelles et professionnelles de leur emploi. Ils étaient aussi plus satisfaits avec une implication organisationnelle plus forte. Le SEP a un impact sur la productivité et la satisfaction au travail mais

également sur le niveau de stress et à la santé physique des employés. Ceux ayant une faible efficacité perçue souffrent d'anxiété, de problème de santé (troubles de sommeil), d'alcoolisme et même d'épuisement professionnel (Bandura, 2003). Les employés qui ont une inefficacité professionnelle perçue pensent être incapables de changer les aspects stressants de leur travail et font appel à des modes de coping dysfonctionnels pour soulager leur stress. Par contre, ceux qui se perçoivent efficaces ont recours au coping de résolution de problèmes afin d'améliorer leur travail et de s'y adapter davantage (Bandura, 2003). Des études (Evers, Brouwers et Tomic, 2002 ; Friedman et Farber, 1992 ; Skaalvik et Skaalvik, 2007) ont révélé que la relation entre le burnout des enseignants et l'auto-efficacité peut être modérée à forte. Récemment, Skaalvik et Skaalvik (2010) ont montré que le SEP des enseignants est corrélé positivement avec leur satisfaction au travail et négativement avec les deux dimensions du burnout, à savoir l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation.

3.6.3. Le sentiment d'efficacité personnelle dans le domaine de la santé

L'auto-efficacité a gagné progressivement le champ de la santé. En concurrence avec plusieurs autres concepts (LOC, contrôle perçu, optimisme, soutien social perçu, etc.), l'efficacité perçue s'est imposée en tant qu'une dimension importante dans l'explication et la prédiction des comportements à risque et/ou la protection et l'amélioration de la santé.

La recherche a révélé que les attentes d'auto-efficacité sont bien liées à la santé de l'individu. Une auto-efficacité élevée est liée à la régulation du processus de stress, à une forte estime de soi, à un meilleur bien-être, à une meilleure condition physique et à une meilleure adaptation et récupération des maladies aiguës et chroniques (Bandura, 1997; Kuijer et De Ridder, 2003 ; Bisschop, Knegsman, Beekman et Deeg, 2004 ; Rokke, Fleming-Ficek et Siemens, 2004). En revanche, une faible auto-efficacité est liée aux symptômes d'anxiété et de dépression (Faure et Loxton, 2003 ; Kashdan et Roberts, 2004 ; Shnek, Irvine, Stewart et Abbey, 2001), ainsi qu'à des niveaux inférieurs de bien-être affectif (Barlow, Wright et Cullen, 2002 ; Bandura, Caprara, Barbaranelli, Gerbino et Pastorelli, 2003 ; Caprara, 2002).

Etudiée auprès des patients atteints du cancer, le SEP représente un prédicteur significatif du bien-être émotionnel et de l'ajustement actif des sujets. Les patients affichent un esprit plus combatif et moins de préoccupations anxieuses et de sentiments d'impuissance-désespoir (Rottmann, Dalton, Christensen, Frederiksen et Johansen, 2010). Même avec un cancer avancé, les patients ayant un sentiment d'efficacité élevé ont moins de détresse émotionnelle et un meilleur ajustement psychologique (Hirai, Suzuki, Tsuneto, Ikenaga, Hosaka et Kashiwagi (2002). Plus les patients cancéreux se perçoivent comme efficaces plus ils s'engagent dans un coping actif et centré

sur le problème (Boehmer, Luszczynska et Schwarzer, 2007). Cunningham, Lockwood et Cunningham (1991) ont trouvé des corrélations positives entre le sentiment d'efficacité personnelle, l'humeur et la qualité de vie chez les sujets cancéreux. Les patients ayant une auto-efficacité élevée présentent moins de symptômes et une plus grande satisfaction par rapport à leur vie après une chirurgie de pontage aussi bien qu'après une chirurgie liée à un cancer du poumon (Schwarzer et Schröder, 1997). Le SEP est associé à un moindre handicap et à une moindre douleur chez les patients atteints d'arthrite rhumatoïde (Bruchon-Schweitzer, 2002). D'après Aguerre (2001) l'impuissance perçue induit, par contre, un accroissement du handicap et un recours excessif au système de soin (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Lazarus et Folkman (1987) ont suggéré que le SEP, à côté de ses effets directs sur la santé, joue un rôle médiateur puissant dans l'explication et la prédiction de la santé. Les effets du soutien social sur le coping face aux affects négatifs sont médiatisés par l'auto-efficacité (Saltzman et Holahan, 2002). L'auto-efficacité affecte positivement certains indicateurs de la santé physique tel que la pression artérielle, le rythme cardiaque et l'immunodépression face aux situations difficiles et stressantes (Bandura, 1988 ; Schulz et Mohamed, 2004). Un sentiment d'efficacité personnelle élevé est statistiquement corrélé à l'activité physique (James, Campbell, DeVellis, Reedy, Carr et Sandler, 2006) et à une meilleure adhésion aux traitements médicamenteux (Deccache, 1994 ; Catz, Kelly et Bogart, 2000). Les résultats de l'étude de Howsepian et Meruzzi (2009) ont démontré que la relation entre l'âge et le fonctionnement physique des patients cancéreux, d'une part, et leur ajustement, d'une autre part, est partiellement médiatisée par l'auto-efficacité. Dans son étude, Evangelos (2006) a montré que les effets de l'efficacité perçue peuvent être directs et indirects. Ainsi, l'auto-efficacité et le soutien social perçus des individus ont des effets directs intéressants sur leur bien-être. Les effets de l'auto-efficacité peuvent aussi être indirects, à travers l'optimisme. En effet, le rôle médiateur de l'optimisme est remarquable, ce dernier reflète une évaluation positive générale des événements dans le futur. Cette opinion positive du futur exige une autre évaluation positive de l'interaction entre l'individu et son environnement. En vue de formuler et maintenir de telles croyances, la personne s'appuie alors sur son efficacité personnelle et sur une perception d'un certain soutien social. Le soutien social quotidien, qui reflète un schéma de base selon lequel la personne est aimée, et l'auto-efficacité, qui reflète un schéma de base selon lequel la personne est capable, forment l'optimisme qui à son tour prédit l'état de santé de l'individu.

L'auto-efficacité a des effets réciproques avec l'humeur. La dépression peut abaisser les croyances d'efficacité. Les croyances abaissées, à leur tour, affaiblissent la motivation et par conséquent la performance. A l'inverse, avec des croyances d'efficacité élevées, la motivation et la performance augmentent, la bonne humeur peut ainsi mettre en action un processus affirmatif

réciroque. « *Après une angioplastie coronarienne, plus l'humeur du patient est positive, plus son sentiment d'efficacité personnelle est élevé, et plus est important son investissement dans des activités qui restaurent la fonction cardiovasculaire et aident à prévenir la maladie coronarienne.* » (Bandura, 2003, p. 174). Certaines thérapies cognitivo-comportementales ont d'ailleurs été menées avec des sujets déprimés dans le but de renforcer leurs attentes d'efficacité (Bruchon-Schweitzer, 2002). L'auto-efficacité peut être améliorée par l'autonomisation du patient, ce qui facilite la capacité de ce dernier à penser de façon critique, agir de manière autonome et à prendre la responsabilité de gérer soi-même ses décisions (Goudsmit, Ho-Yen et Dancey, 2009 ; Rottman et al., 2010 ; Mosher, Fuemmeler, Sloane, Kraus, Lobach, Snyder et Demark-Wahnefried, 2008 ; Hirai et al., 2002). Enfin, il se dégage des résultats des recherches antérieures l'apport indéniable de l'auto-efficacité dans la prédiction et l'orientation des comportements.

3.7. Conclusion

Qu'elle soit individuelle ou collective, approchée dans le domaine éducationnel, professionnel ou de la santé, l'auto-efficacité est une source personnelle qui détermine la pensée des individus, leurs comportements mais aussi leurs émotions. Nous suggérons que l'auto-efficacité perçue, seule ou en interaction avec d'autres facteurs, détermine le contrôle perçu de l'évolution de la maladie auprès des patients cancéreux et influence, par conséquent, leurs stratégies d'ajustement psychologique.

4. L'optimisme

L'optimisme est un concept en vogue en psychologie positive et en particulier en psychologie de la santé. Il semble présenter des effets bénéfiques chez les individus bien portants comme chez les malades. Mais qui est une personne optimiste ? Est ce que l'optimisme est l'absence de pessimisme ? S'agit-il plutôt d'une fluctuation entre les deux ?

4.1. Origines et définitions du concept

Le concept d'optimisme tire ses racines de deux théories nord-américaines. La théorie du style explicatif de Seligman (Overmier et Seligman, 1967 ; Seligman et Maier, 1967) et la théorie de la disposition à l'optimisme (Scheier et Carver, 1985 ; 1992 ; Scheier, Carver et Bridges, 2002). Selon Trottier, Trudel, et Halliwell (2007, p.3), « *si ces scientifiques conceptualisent l'optimisme d'après une approche cognitive, ils en définissent toutefois le concept différemment. D'un côté, Scheier et Carver voient l'optimisme comme un trait de la personnalité prédisposant une personne à s'attendre généralement à ce que des événements favorables lui arrivent dans l'avenir. De l'autre*

côté, Seligman et ses collègues envisagent l'optimisme comme une caractéristique individuelle basée sur le « style explicatif » : comment une personne s'explique-t-elle les événements négatifs auxquels elle est confrontée ? ».

4.1.1. Théorie du style explicatif

Il y a plus de trente ans, lorsque Seligman et Maier (1967), dans leurs études portant sur l'apprentissage chez les chiens, ont démontré que ces animaux finissent par accepter passivement un événement négatif (recevoir des chocs électriques) lorsqu'ils ne perçoivent plus la possibilité de le contrôler (par exemple, chercher une réponse d'échappement). Les chiens ont appris à se résigner. Seligman basa ainsi sa théorie de la résignation acquise sur cette découverte. Selon l'auteur, la résignation acquise est *« un état psychologique qui résulte fréquemment de la venue d'événements incontrôlables menant à des états émotionnels, cognitifs et motivationnels déficitaires. »* (Vallerand, 1994, p. 310). Ce ne sont pas les événements négatifs eux-mêmes qui sont responsables des sentiments d'impuissance mais plutôt la perception de l'absence de contrôle sur ces événements.

Plus tard, les mêmes études ont été reproduites avec le même protocole expérimental auprès de sujets humains. Confrontés à des événements incontrôlables (ex : l'exposition à des bruits désagréables, à des problèmes insolubles), les individus manifestent, après avoir perçu l'incontrôlabilité de la situation, une variété de déficits motivationnels, cognitifs ou émotionnels (Glass et Singer, 1972 ; Hiroto et Seligman, 1975 ; Peterson, Maier et Seligman, 1993). Seligman a relevé plusieurs points de ressemblance entre la RA (résignation acquise) chez les sujets humains et la dépression en ce qui concerne ses causes, ses symptômes, sa prévention et sa guérison (Overmier et Blancheteau, 1987). Malgré son intérêt, la théorie de la RA a été beaucoup critiquée parce qu'elle s'est révélée incapable de rendre compte de la dépression humaine. A la suite de ces critiques, la théorie a été reformulée tout en prenant en compte l'importance des attributions causales.

Dans sa version originelle, la présence d'une situation incontrôlable (ou non contingente) mène à la perception que la situation est effectivement incontrôlable. Cependant, cette perception en elle-même n'est pas suffisante pour conduire à la résignation acquise correspondante. Selon Gernigon, Fleurance, Wolff et Reine (1998), il s'agit plutôt de la perception d'indépendance entre comportements et résultats. Ce sont les attributions émises pour expliquer la non-contingence de la situation qui mèneront ou pas aux déficits occasionnés par l'incontrôlabilité (Martin-Krumm et Sarrazin, 2004).

« D'après Abramson et al. (1978), trois types d'attributions peuvent être émis : des attributions internes ou externes, stables ou instables et globales ou spécifiques. Une plus grande

résignation acquise sera vécue par la personne lorsque cette dernière émet des attributions internes, stables et globales pour expliquer la non-contingence ou incontrôlabilité de la situation. Dans de telles circonstances, des attentes de non-contingence future seront ressenties et la personne pourra vivre un état relié à la dépression réactive ainsi que des sentiments de faible estime personnelle, et ce non seulement dans la situation immédiate mais également dans d'autres situations. En revanche, lorsque des attributions externes, instables et spécifiques sont émises pour expliquer la non-contingence, alors les symptômes de la résignation acquise seront très faibles et moins susceptibles de réapparaître dans une nouvelle situation. Comme on peut le voir, les attributions jouent donc un rôle médiateur crucial entre la perception de situations incontrôlables et l'adaptation psychologique à de telles situations » (Vallerand, 1994, p.311). Lorsque les causes attribuées deviennent systématiques, on peut parler de style attributionnel défini comme « la tendance d'une personne à donner le même type d'explications aux différents événements auxquels elle est confrontée » (Paquet, 2009, p. 15).

A partir des trois dimensions des attributions, précédemment signalées, on peut cerner deux types de styles attributionnels (ou styles explicatifs) : optimiste et pessimiste (Abramson, Seligman et Teasdale, 1978). Les individus qui interprètent d'une manière interne, stable et globale les événements négatifs qui leur arrivent (ex : c'est de ma faute, ça ne va pas changer et c'est pareil dans tout ce que je fais), présentant un style explicatif pessimiste, sont sujets aux déficits liés au syndrome de la résignation acquise et ont tendance à devenir dépressifs lorsque de nouveaux événements négatifs surviennent (Schulman, Seligman et Amsterdam, 1987). A l'opposé, « une personne dotée d'un "style explicatif optimiste" parvient rapidement à surmonter le désir de tout laisser tomber lors d'une situation difficile ou d'une défaite, elle attribue les événements négatifs à des causes externes, instables et spécifiques. Les optimistes possèdent l'habilité à « rebondir » et à faire face tant aux conflits qu'aux échecs [...]. Ainsi, les optimistes se ressaisissent devant leurs difficultés, tout en démontrant un niveau plus élevé de motivation, de réussite et de bien-être. » (Trottier et al., 2007, p.12).

	Styles explicatifs			
	Pessimiste		Optimiste	
	Echec	Succès	Echec	Succès
Locus de causalité	Interne (personnalisation)	Externe (extériorisation)	Externe (extériorisation)	Interne (personnalisation)
Stabilité	Stable (permanence)	Instable (transitoire)	Instable (transitoire)	Stable (permanence)
Globalité	Global (général)	Spécifique (particulier)	Spécifique (particulier)	Global (général)

Tableau 1.2.1: Définition de l'optimisme et du pessimisme en fonction des explications apportées aux événements positifs et négatifs (Martin-Krumm et Sarrazin, 2004, p. 20)

4.1.2. Théorie de la disposition à l'optimisme

Le terme de "disposition à l'optimisme" (*dispositional optimism*) découle des travaux de Carver et Scheier (1981) portant sur leur modèle de la régulation personnelle du comportement. « Dans ce modèle, il est question des attentes que les gens ont envers des situations spécifiques et des effets de leurs attentes sur leur comportement. Plus précisément, lorsque les individus croient que les buts qu'ils se sont fixés sont accessibles, ils continuent à fournir des efforts nécessaires pour atteindre leurs objectifs, même si c'est difficile. Carver et Scheier nomment cet état "affect positif", caractérisé par des sentiments de fierté, de gratitude et de soulagement. À l'inverse, lorsque les buts que les gens veulent atteindre leur semblent inaccessibles, ceux-ci ont tendance à diminuer leurs efforts ou à se désengager de la poursuite de leurs buts. Cet état appelé « affect négatif », est caractérisé par de la honte, de la colère et du ressentiment. » (Trottier et al., 2007, pp. 3-4). Par la suite (Scheier et Carver, 1985, 1992), et en s'intéressant davantage aux effets des attentes générales des individus, le concept de disposition à l'optimisme est né. Ainsi, il y a des personnes qui s'attendent généralement davantage à ce que de bonnes choses leur arrivent plutôt que de mauvaises, ce sont les optimistes et ceux qui, à l'inverse, attendent de mauvaises choses ou événements dans le futur, ce sont les pessimistes (Gruber-Baldini, Ye, Anderson et Shulman 2009 ; Carver, Scheier, et Segerstrom, 2010).

Selon Carver et Scheier, « la disposition à l'optimisme, basée sur les attentes générales des personnes, est un trait relativement stable de la personnalité qui influe grandement sur la façon dont les gens régularisent leurs actions face à des situations stressantes. Plus précisément, ces chercheurs perçoivent les attentes des gens comme étant un facteur déterminant dans l'apparition des deux classes générales de comportements : continuer à fournir des efforts, ou abandonner et changer de direction. Ils mentionnent également que les optimistes savent persévérer et affronter les problèmes auxquels ils sont confrontés. Plutôt que d'ignorer les difficultés, ils acceptent la réalité, effectuent les démarches nécessaires pour résoudre leurs problèmes et trouvent des solutions pour améliorer leur sort. Par conséquent, les optimistes maîtrisent avec plus de facilité les événements difficiles et stressants, qui ont ainsi sur eux des répercussions physiques et émotionnelles moins grandes que sur les pessimistes. Bref, les optimistes semblent être totalement engagés dans leur vie ; ils donnent le meilleur d'eux-mêmes et persévèrent dans l'adversité. » (Trottier, Mageau, Trudel et Halliwell, 2008, p.2). Le tableau suivant présente la manière dont les gens régulent leurs actions face à des difficultés ou à des situations stressantes.

	Pensées	Comportements	Sentiments
Les optimistes	- Attentes positives envers l'avenir	- persévèrent - fournissent des efforts - affrontent les problèmes	?
Les pessimistes	- Attentes négatives envers l'avenir	- fuient ou nient - quittent ou abandonnent	?

Tableau 1.2.2 : Principales distinctions entre optimistes et pessimistes face à des difficultés (Trottier et *al.*, 2007, p. 4)

Note : les points d'interrogation indiquent que les auteurs ne précisent pas les sentiments que ressentent les optimistes et les pessimistes face aux difficultés.

D'après Fournier, Ridder et Bensing, (2002), l'optimisme est représenté à travers trois pensées ou croyances de base. Il s'agit :

- des attentes positives ("*positive outcome expectancies*"),
- des attentes positives d'efficacité ("*positive efficacy expectancies*"),
- des pensées positives irréelles ("*positive unrealistic thinking*").

Les attentes positives, composante clé dans la théorie de la régulation comportementale (Carver et Scheier, 1998), désignent la tendance que l'on va, généralement, avoir l'expérience de bons évènements (ou événements positifs) dans la vie. Ce sont des attentes généralisées à travers une variété de situations et qui expliquent le degré d'engagement de la personne dans l'obtention des résultats souhaités. A titre d'exemple, les patients ayant des attentes positives manifestent un engagement face à leur santé, même lorsqu'ils sont confrontés à des aspects non contrôlables de leur maladie. Ils restent engagés moralement et se focalisent sur des problèmes spécifiques et proximaux (Folkman et Moskowitz, 2000, cités par Fournier et *al.*, 2002).

Les attentes positives d'efficacité, deuxième composante de la définition de l'optimisme selon Fournier et *al.* (2002), représentent la confiance dans sa capacité d'adaptation ou de coping à travers un large éventail de situations difficiles. C'est la croyance qu'on est capable d'exercer le contrôle sur les évènements de sa vie. Composante clé de la théorie socio-cognitive de Bandura (1988), les attentes positives d'efficacité expliquent la persistance des comportements et leur efficacité. En conséquence, les patients manifestant cette croyance d'efficacité prennent en charge leur maladie tout en arrivant à une meilleure adaptation émotionnelle et comportementale (Maddux et Lewis, 1995, cités par Fournier et *al.*, 2002).

Les pensées positives irréelles représentent une stratégie visant la déformation de la réalité en croyant que les évènements agréables sont plus susceptibles d'arriver à soi qu'aux autres et que les évènements négatifs le sont moins (Fournier et *al.*, 2002). Ces pensées irréelles représentent une composante fondamentale de la théorie de l'adaptation cognitive de Taylor (1989), elles aident les

patients à accentuer les éléments positifs de leur maladie et à diminuer les éléments négatifs (anxiété, dépression, apathie, etc.). Cependant, les pensées positives irréelles impliquent une illusion d'invulnérabilité qui peut nuire à la pratique de certains comportements dont dépend le rétablissement des patients (Fournier et *al.*, 2002).

4.2. Différenciation du concept d'autres apparentés

Malgré leur rapprochement, le style attributionnel se différencie de l'attribution causale dans le sens qu'il est une caractéristique de la personnalité relativement stable dans le temps. Le style attributionnel est une tendance de la personne à donner les mêmes causes explicatives aux différents événements, alors que l'attribution est une explication donnée à un événement donné, à une variable situationnelle spécifique.

Le concept d'impuissance, en tant que style attributionnel, est parfois confondu avec le LOC. Cette confusion est probablement expliquée par le lien de ces deux concepts avec la notion de contrôle. Les « *deux construits représentent deux variables dispositionnelles de la notion de contrôle. Cependant, le LOC est une expectation alors que le style attributionnel porte sur l'identification des causes à un ensemble d'événements passés (Martin-Krumm, 2002). Le LOC est une tendance stable à penser que l'on contrôle ou non la situation à priori, alors que le style attributionnel serait une tendance stable à expliquer à posteriori si l'on a contrôlé ou non la situation* » (Paquet, 2009, p. 16). D'autres différences existent entre les deux concepts. Une différence est liée au fait que « *le LOC est une expectation de contrôlabilité générale, alors que la théorie sous-jacente à la notion de puissance/impuissance fait référence aux mécanismes qui produisent une expectation actuelle de contrôlabilité de certains renforcements.* » (Dubois, 1987, p. 54). Une deuxième différence concerne l'objet de contrôle. Dans la théorie du LOC on veut contrôler la cause du renforcement alors que pour l'impuissance le contrôle réfère au pouvoir qu'a la personne de maîtriser l'occurrence des renforcements. D'ailleurs, l'incontrôlabilité des renforcements est à l'origine du sentiment d'impuissance.

Selon Gruber-Baldini et *al.* (2009) dans leur étude réalisée auprès de malades parkinsoniens, bien qu'ils soient modérément rattachés, l'optimisme et le LOC sont différents conceptuellement. L'optimisme est considéré comme un trait stable alors que le LOC peut changer au fil du temps et avec certaines variables telles que l'âge et la survenue des maladies. Dubois (1987) ajoute qu'assimiler contrôlabilité et internalité est une erreur. Une personne dont le LOC est interne explique un renforcement en s'en attribuant la cause, mais ceci ne devrait pas nous laisser penser qu'un renforcement incontrôlable est toujours externe. Un renforcement incontrôlable peut avoir une cause externe comme interne. LOC et impuissance apprises sont ainsi différents.

Comme l'a signalé Dubois (1987), la différenciation des multiples construits qui gravitent autour du concept de contrôle est un chantier sans fin qui reflète les difficultés qui se posent au chercheur souhaitant opérationnaliser un tel concept.

4.3. Mesure et instruments de mesure de l'optimisme

Plusieurs instruments ont vu le jour afin de mesurer l'optimisme, qu'il soit style attributionnel ou dispositionnel.

4.3.1. Questionnaire du style attributionnel (*Attributional Style Questionnaire ASQ*)

Le Questionnaire du Style Attributionnel (Peterson, Semmel, Von Baeyer, Abramson, Metalsky et Seligman, 1982) est composé de 12 situations (ou événements) hypothétiques dont la moitié est positive et l'autre négative. Il est demandé aux sujets d'imaginer qu'ils soient confrontés à des événements pour lesquels ils doivent inférer la cause principale puis l'évaluer sur une échelle de sept points correspondant aux trois dimensions (causalité, stabilité et globalité). Pour connaître le style explicatif (optimiste/pessimiste) des sujets, certains chercheurs utilisent uniquement la somme des réponses aux événements négatifs de l'ASQ comme indicateur d'optimisme/pessimisme, d'autres s'appuient sur les réponses aux événements positifs et enfin il y a ceux qui s'intéressent à la fois aux événements positifs et négatifs.

« Plusieurs variantes de l'ASQ existent. Certains outils ne proposent que des scénarii négatifs (ex : *Expanded-ASQ* de Peterson et Villanova, 1988 ; *ASQ or general use* de Dykema et al. 1996), d'autres outils ont adopté un mode de réponse à choix forcé pour pallier certaines difficultés rencontrées – en particulier avec les jeunes sujets - pour compléter le type de réponse aux question de l'ASQ (ex : *Children's ASQ* ; Kaslow et al. 1978 ; *Forced Choice ASQ* ; Reivich et Seligman 1991). » (Martin-Krumm et Sarrazin, 2004, pp.16-17).

Tout en s'inspirant de l'ASQ, d'autres outils ont été également développés pour des domaines plus spécifiques tel que l'*Academic ASQ* de Peterson et Barrett (1987) spécifique au domaine scolaire, le *Financial Service ASQ* de Proudfoot, Fritchleys, Borlat, Shwaw, Vilbois, Zwahlen, Trkola, Marchant, Claphan et Wells (2001), ou aussi l'Échelle Sportive de Mesure du Style Explicatif de Martin-Krumm, Sarrazin, Fontayne et Famose (2001), qui est une échelle conçue spécifiquement pour le sport (il s'agit de la version modifiée et validée en français de l'échelle *Sport Attributional Style Scale* de Hanrahan, Grove et Hattie, 1989).

4.3.2. Analyse de contenu des explications textuelles (*Content Analyse of Verbatim Explanations ou CAVE*)

« Une manière différente de mesurer le style explicatif est d'utiliser une méthode d'analyse de contenu à partir d'un matériel écrit ou oral faisant l'état d'explications causales pour des événements quelconques. Cette technique - dénommée analyse de contenu des explications textuelles (*Content Analyse of Verbatim Explanations ou CAVE ; Peterson et al., 1992*) » (Martin-Krumm et Sarrazin, 2004, p. 18). La technique de la CAVE (Peterson et al., 1992) est utilisable quand le chercheur dispose de retranscriptions de psychothérapies, d'interviews, de discours politique, etc. Son principal intérêt est de permettre d'effectuer des études rétrospectives (Martin-Krumm et Sarrazin, 2004).

4.3.3. Questionnaire du "*Life Orientation Test-Revised*" (LOT-R)

Le LOT a été élaboré par Scheier et Carver (1985) pour mesurer l'optimisme, puis il fut révisé par Scheier, Carver et Bridges (1994) et il devient le LOT-R (*Life Orientation Test-Revised*). Cette révision eut pour but d'éliminer deux énoncés de la première version qui se réfèrent plutôt aux styles d'adaptation qu'aux attentes positives face à l'avenir.

L'optimisme dispositionnel a été initialement conçu comme unidimensionnel, optimisme et pessimisme étant considérés comme deux opposés bipolaires (Scheier et Carver, 1992 ; Vautier, Raufaste et Cariou, 2003 ; Gruber-Baldini et al., 2009). L'analyse classique consiste à traiter le score total des sous-échelles comme des variables continues distinctes (Moyer, Ekpo, Calhoun, Green, Naik, Sippola, Stern, Adanu, Koranteng, Kwawukume et Anderson, 2008). Des études plus récentes ont suggéré une structure bi-dimensionnelle, un modèle à deux facteurs corrélés d'optimisme et de pessimisme. Deux sous-échelles, d'optimisme et de pessimisme, peuvent ainsi être établies en additionnant les sommes des items reflétant respectivement l'optimisme et le pessimisme. Dans ce sens, les deux sous-échelles peuvent être utilisées pour étudier l'optimisme et le pessimisme en tant que deux concepts bien séparés. Vautier, Raufaste et Cariou (2003) parlent de dimensionnalité empirique des données recueillies du LOT-R et d'unidimensionnalité théorique de l'optimisme. Les auteurs (Vautier et al., 2003, p. 390) ont maintenu l'idée selon laquelle « *il n'y a pas de nécessité empirique à supposer que le concept d'optimisme dispositionnel doive être scindé en deux concepts d'optimisme et de pessimisme.* »

Selon Moyer et al. (2008) la version révisée du LOT visant la détermination des différences individuelles en ce qui concerne l'optimisme/pessimisme a été validée dans plus que cinq pays (Etats-Unis, Brésil, Allemagne, Norvège, Chine). Le LOT-R a révélé un niveau de cohérence

interne acceptable (alpha de Crombach de .78) et une certaine stabilité à long terme (Scheier et *al.*, 1994). Quoique les deux mesures (l'ASQ et le LOT-R) se rapportent au même concept, ils ne peuvent pas être considérées comme interchangeables. La préférence pour l'une ou pour l'autre dépend de ce que nous considérons comme le plus fondamental : soit les attentes (expectations) soit les attributions (Carver et *al.*, 2010).

A travers les études, l'ASQ et le LOT-R ont montré tantôt de fortes tantôt de faibles qualités psychométriques. Pour cette raison, Trottier et *al.* (2007) ont signalé que le recours à d'autres méthodes, comme la technique d'analyse de contenu des explications contextuelles (CAVE) et l'entretien de recherche qualitatif, s'avère nécessaire.

4.4. Recherches réalisées sur l'optimisme

Plusieurs travaux ont été menés afin de vérifier la reformulation de la théorie de la résignation acquise tout en utilisant une approche méthodologique dans laquelle on mesure le "style attributionnel" de la personne.

Abramson et *al.* (1978) postulent que « *le style explicatif pessimiste constitue un facteur de risque pour développer la résignation acquise chez les humains, tandis qu'un style explicatif optimiste constitue un facteur de protection.* » (Brunet, 1996, p. 152). Le style attributionnel de la personne joue un rôle important en ce qui concerne sa santé physique. Les personnes au style attributionnel pessimiste connaissent une baisse d'efficacité du système immunitaire, d'où un plus grand risque de développement des maladies à court terme ou chroniques (Vallerand, 1994). La personne se trouve dans un état de résignation acquise lorsqu'il sait ne pas pouvoir contrôler un événement aversif et que cette perte de contrôle peut se généraliser à d'autres situations (à part sa maladie, la personne ne voit aucune contrôlabilité sur d'autres événements de sa vie, comme ses études, sa vie privée, son projet professionnel, ses enfants, etc.). Cette dimension détermine ainsi la réaction émotionnelle (dépression) des victimes d'événements traumatiques (viol, accident, cancer, etc.) à leur sort, ainsi que le pronostic (optimiste ou pessimiste) qui peut être fait concernant l'évolution de ces personnes.

D'après Paquet (2009, p.15) « *les individus pessimistes auraient davantage tendance à baisser les bras après un échec et à se laisser aller, alors que les individus optimistes se remotiveraient et repartiraient de plus belle.* ». D'ailleurs, pour ce qui est de la santé physique, Paquet, Bertucci et Hourde (2006) ont révélé que les personnes optimistes ont de meilleures performances que personnes pessimistes lors des évaluations de leurs qualités physiques. D'une manière générale, les effets positifs du style attributionnel optimiste sont mis en évidence.

Selon Gruber-Baldini et al. (2009), une enquête menée par "The Global Parkinson's Disease Survey" en 2002 a révélé que des sentiments d'optimisme avaient un impact statistiquement significatif sur la qualité de vie chez 902 malades parkinsoniens. Un degré élevé d'optimisme avec un faible pessimisme sont associés à une meilleure qualité de vie liée à la santé mentale. L'auteur ajoute que l'effet du pessimisme sur la qualité de vie s'atténue avec le contrôle de la gravité de la maladie.

Selon Trottier et al. (2007, p 6) « il a été établi que les femmes optimistes sont moins portées à devenir dépressives suite à la naissance de leur premier enfant (Carver et Gaines, 1987). Dans une autre étude portant sur l'ajustement des étudiants à leur premier semestre aux études supérieures après le lycée, les étudiants évalués plus optimistes à leur arrivée présentaient un plus faible niveau de détresse trois mois plus tard (Aspinwalle et Taylor, 1992). Par ailleurs, il semblerait que les optimistes récupèrent et s'adaptent mieux suite à une opération médicale importante ou après avoir reçu un diagnostic de cancer (Carver et al., 1993 ; Scheier et al., 1989). ».

Une étude menée auprès de 60 patientes a révélé que l'optimisme et le pessimisme ont un impact significatif sur le niveau de détresse des patientes souffrant de cancer du sein et devant subir une chirurgie (David et al., 2006). L'auteur précise que « les personnes qui ont tendance à être plus optimistes ont connu moins de détresse le jour de leur chirurgie alors que celles qui ont tendance à être plus pessimistes se sont révélées plus en difficulté. Ces résultats sont compatibles avec ceux rapportés antérieurement dans la littérature concernant l'impact de l'optimisme et pessimisme sur la détresse avant la chirurgie en général, et avant la chirurgie du cancer du sein en particulier » (David, Montgomery et Bovbjerg, 2006, p.209, libre traduction).

Selon Moyer et al. (2008, p. 302), des recherches antérieures suggèrent que l'optimisme/pessimisme peut également affecter la manière dont les gens évaluent la qualité de vie liée à leur santé, indépendamment de leur véritable état de santé. Dans une étude menée auprès de patients chroniques atteints de l'hépatite C, les chercheurs (Moyer, Fontana, Hussain, Lok et Schwartz, 2003) ont constaté que même lorsque l'état de santé a été contrôlé, les pessimistes ont nettement les plus mauvais scores de qualité de vie liée à la santé, comparativement que optimistes ou aux soi-disant "réalistes" (ceux qui ont une plus grande compréhension des incidences de l'hépatite chronique C).

Maintes études effectuées auprès de patients souffrant de maladies comme la rhumatoïde arthrite (Brenner, Roder, Hodel, Kienzie, Reed et Liberman 1994), les scléroses multiples (Barnwell et Kavanagh, 1997), le cancer du sein (Carver, Pozo, Harris, Noriega, Scheier, Robinson, Ketcham, Moffat et Clark, 1993), le diabète (Kavanagh et al., 1993) et VIH (Taylor et al., 1992), ont révélé que les sujets optimistes ont recours davantage aux stratégies de coping orientées vers le problème

ainsi que vers des manières efficaces pour leur régulation émotionnelle. Deux mécanismes qui contribuent, d'ailleurs, à un meilleur fonctionnement physique et psychique de la personne (Carver et *al.*, 1993 ; Fournier et *al.*, 2002).

A l'opposé de ce qui a précédé, l'aspect de la théorie de la disposition à l'optimisme, qui soutient les effets potentiellement protecteurs de l'optimisme par rapport aux effets délétères du pessimisme, se trouve parfois controversé. Il semble, d'après Janoff-Bulman (1985), que certaines dimensions du style explicatif pessimiste (attributions internes en ce qui a trait aux événements adverses) soient plutôt un facteur de protection qu'un facteur de risque dans certains cas, notamment chez les victimes de viol (Brunet, 1996, p.152). De même, l'optimisme n'est pas toujours un facteur de protection. Selon Goodman et *al.* (1995) « *une étude auprès d'hommes homosexuels atteints de VIH a rapporté que les optimistes ont déclaré avoir moins de partenaires sexuels anonymes que ceux pessimistes. Dans une autre étude portant sur les intentions de minorités des adolescents sexuellement actifs, appartenant aux quartiers déshérités, les optimistes d'eux ont annoncé des intentions plus fortes d'éviter les rapports sexuels non protégés. Cependant, dans une étude menée auprès de filles adolescentes à risque pour le VIH, celles qui sont plus optimistes étaient moins susceptibles de s'exposer à l'information sur le dépistage du VIH et étaient moins susceptibles aussi de poursuivre jusqu'au bout un test réel que celles qui sont plus pessimistes* » (Moyer et *al.*, 2008, p. 302, libre traduction).

Si la majorité des recherches ont révélé les effets positifs et surtout directs de l'optimisme sur la santé, plusieurs autres ont mis en évidence l'inter-relation entre l'optimisme, le pessimisme et le coping.

Fournier et *al.* (2002) se sont interrogés, dans leur étude auprès de patients souffrant de maladies chroniques différentes, sur la possibilité que l'optimisme soit maintenu par le moyen des stratégies de coping utilisées face aux facteurs de stress liés à la maladie. Ceci donne une nouvelle vision de l'interaction entre les deux concepts. L'optimisme contribue au coping mais à son tour le coping contribue au maintien de l'optimisme. Relation faiblement étudiée du fait que les théories définissent l'optimisme en tant que caractéristique personnelle stable ou généralement stable qui ne diminuera que lorsqu'elle sera confrontée à des facteurs de stress majeurs et répétitifs (Fournier et *al.*, 2002). Les résultats de l'étude de Fournier et *al.* (2002) ont révélé, dans un premier temps, le rôle déterminant de l'optimisme dans l'adaptation des patients souffrant de maladies chroniques (diminution de l'anxiété, de la dépression, amélioration de l'activité physique). Dans un deuxième temps, il est démontré le maintien de cet optimisme médiatisé par des stratégies de coping efficaces particulièrement centrées sur la tâche, et ce sur une longue période. David, Montgomery et Bovbjerg (2006) ont montré que l'impact des stratégies de coping sur la détresse psychologique

dont souffrent des patientes qui devraient subir une chirurgie de cancer du sein, est généralement médiatisé par l'optimisme et/ou le pessimisme. Dans le même sens, Carver, Scheier et Weintraub (1989) ont montré que l'optimisme est positivement lié à l'utilisation des stratégies de coping centrées sur la résolution du problème, le recadrage positif et la tendance à accepter la réalité. En revanche, le pessimisme est lié à un déni manifeste du problème (Billingsley, Waehler et Hardin, 1993). Généralement, les individus optimistes ont recours à des stratégies de coping actives et centrées sur le problème alors que les pessimistes ont plutôt recours à des stratégies de coping d'évitement (Taylor et Aspinwall, 1996).

4.5. Conclusion

Dans l'ensemble, les effets positifs de l'optimisme sur le bien-être et la santé physique et psychologique des individus sont reconnus. De ce fait, il y a orientation de plus en plus grande vers les programmes de développement de l'optimisme. Il s'agit de techniques utilisées dans le cadre des thérapies cognitivo-comportementales (Carver et Scheier, 2002), ainsi que des techniques susceptibles d'aider les gens à mieux gérer les événements de leur vie tel que, l'entraînement à l'efficacité personnelle, à la résolution de problèmes, à la prise de décision et à la fixation d'objectifs réalistes (Trottier et *al.*, 2007).

5. Le soutien social perçu

Le soutien social est un concept d'utilisation fréquente dans les recherches portant sur la maladie. Les études ont soutenu ses effets bénéfiques sur la santé physique et le bien-être psychologique de l'individu.

5.1. Définitions du soutien social

Il n'y a pas une définition du soutien social mais plusieurs. La conceptualisation du soutien social diffère d'un courant théorique à un autre et son étude exige de se situer par rapport à ces courants. Une fois les aspects pertinents dans son travail sont repérés, le chercheur a la possibilité de choisir ses outils de mesure qui dépendent aussi des construits théoriques sous-jacents.

Nous proposons une définition large du soutien social présentée par Rodriguez et Cohen (1998) : le soutien social est « *un concept multidimensionnel qui réfère aux caractéristiques et aux fonctions des relations sociales ; aux ressources matérielles et psychologiques disponibles pour les individus au travers de leurs relations interpersonnelles.* » (Hartmann, 2007, p. 38). Pour une compréhension plus profonde du concept il est nécessaire de l'analyser à la lumière de différentes

approches. L'analyse du concept de soutien social nous offre la possibilité de déceler ses aspects, ses sources et ses effets.

5.2. Aspects du soutien social

La littérature abondante portant sur le soutien social considère ce dernier comme la source sociale, par excellence, dont dispose l'individu à côté de ses ressources personnelles (LOC, SEP, etc.) afin de contrôler une situation ou une épreuve difficile. Quoique la définition et l'opérationnalisation du concept n'aient pas été bien établies, des efforts de validation théorique sont reconnus, ce qui explique d'ailleurs la multiplication des instruments mesurant le soutien social. Un consensus entre les différents chercheurs fait du soutien social un concept multidimensionnel avec une distinction bien admise entre son aspect structurel et son aspect fonctionnel. Ainsi, trois principales dimensions sont largement déterminées dans les études antérieures : le réseau social, le soutien social reçu et le soutien social perçu.

5.2.1. Le réseau social

Appelé aussi intégration sociale du fait qu'il nous donne une idée sur le degré d'intégration ou d'isolement social de l'individu. Le réseau social est, selon Barrera (1986), « *le nombre de relations sociales qu'un individu a établies avec autrui, la fréquence des contacts sociaux effectifs avec ces personnes et l'intensité (ou la force) de ces liens.* » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 329). Le réseau social peut être défini aussi par des indices tels que la durée et la proximité, qui renvoient aux aspects structurels du soutien. Le réseau social avec tous ses aspects (nombre, proximité, stabilité, etc.) s'est avéré associé à la longévité de la vie. Les relations sociales (famille, amis, collègues, etc.) ont des effets protecteurs sur la santé, par contre la solitude a des effets sur la morbidité et la mortalité de l'individu. Mais l'existence d'un lien ou d'une relation sociale n'affirme rien de sa qualité (aspect fonctionnel). Avoir des liens sociaux ne signifie pas automatiquement être soutenu.

5.2.2. Le soutien social reçu

Il s'agit de « *l'aide effective apportée à un individu par son entourage.* » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 331). C'est l'aspect fonctionnel du soutien ; il correspond aux types de comportements qui offrent de l'aide à la personne (Barrera, 1986). Pour Hartmann (2007, p. 36) « *le soutien reçu ou objectif est un comportement d'aide qui comprend des actes spécifiques généralement reconnus comme des efforts intentionnels pour aider une personne, soit spontanément ou sur demande* ». Diverses typologies de soutien social existent et font référence à la nature des

activités exercées dans le but d'aider, la classification la plus connue est celle de House (1981) qui distingue quatre types de soutien dont chacun a une fonction :

- **le soutien émotionnel** : « consiste à exprimer à une personne les affects positifs que l'on ressent à son égard (confiance, amitié, amour, etc.), et qui apporte à celle-ci des sentiments de réassurance, de protection ou de réconfort, qui vont l'aider à traverser des moments difficiles lors d'évènements comme le décès d'un proche, une rupture sentimentale, un licenciement, etc. ;

- **le soutien d'estime** consiste à rassurer une personne en ce qui concerne ses compétences et sa valeur. Ces encouragements lui permettent de renforcer sa confiance en elle-même dans les moments de doute, lorsque cette personne craint que les exigences de la situation n'excèdent ses ressources et ses capacités (examen académique, changement de fonction ou de responsabilité, épreuve sportive, etc.) ;

- **le soutien informatif** comprend des conseils, des suggestions, l'apport de connaissances sur un problème, des propositions. Il peut être fourni par l'entourage familial ou amical du sujet, mais aussi par des spécialistes dans certaines occasions (soigner une maladie, rechercher une filière de formation ou de travail, avoir à résoudre un problème nouveau, aller dans un pays inconnu, etc.) ;

- **le soutien matériel** implique une assistance effective comme le prêt ou le don d'argent ou de biens matériels, ou des services rendus dans des moments difficiles. » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 330-331).

Cette distinction entre les différents types de soutien est relative puisqu'un même geste peut être lié à plus d'un type de soutien (ex : prêter de l'argent peut être considéré comme un soutien de nature matérielle mais aussi qui peut procurer un soutien émotionnel). Pour cette raison, « ces divers types de soutien doivent être considérés non seulement selon leur fonction mais aussi selon leur adéquation avec les caractéristiques de la situation stressante et avec les attentes et les besoins du sujet-cible. » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 331). Ainsi, « les mesures plus subjectives de perception de la disponibilité de soutien et de la satisfaction face à l'aide reçue de l'entourage présentaient davantage de liens significatifs avec l'impact sur la santé que des mesures objectives comme le nombre de personnes dans le réseau ou la quantité d'aide reçue. » (Devault et Fréchette, 2002, p. 6). C'est la perception du soutien qui est importante plus que le soutien lui-même.

5.2.3. Le soutien social perçu (ou appréciation subjective du soutien)

Procidano et Heller (1983) définissent le soutien social perçu (SSP) comme « l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits. » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 333). Avec cette définition, le soutien est considéré comme une transaction entre l'individu et son environnement

social. Il s'agit d'une notion complexe dont la disponibilité et la satisfaction forment les deux composantes majeures.

5.2.3.1. Disponibilité : *« C'est le fait de percevoir certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin (avis, information, écoute, réconfort, aide matérielle, etc.) [...] c'est précisément le fait d'être convaincu que certaines personnes peuvent nous aider qui atténue l'impact délétère d'un événement stressant. »* (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 333). Ainsi et indépendamment de la réception concrète d'aide ou de soutien, la personne peut se sentir mieux du simple fait qu'il sache que son entourage sera présent en cas de besoin. D'après Pierce et al. (1997) des recherches expérimentales ont révélé de faibles corrélations entre la perception de soutien et le soutien objectivement reçu (Devault et Fréchette, 2002).

5.2.3.2. Satisfaction: Gentry et Kobasa (1984) définissent la satisfaction vis-à-vis du soutien comme *« une ressource psychologique, qui correspond à la perception qu'a un individu de la qualité de ses relations interpersonnelles. »* (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 334). Selon Hobfoll (1985) *« ce n'est pas le nombre de connexions sociales qui serait protecteur, mais le fait que parmi ces relations, certaines soient suffisamment intimes pour permettre compréhension, empathie et confidences dans les moments les plus difficiles. »* (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 333). Ainsi, le soutien social perçu *« regroupe le sentiment d'avoir suffisamment de soutien ou pas selon nos besoins, la satisfaction à l'égard du soutien reçu, la perception de la disponibilité et de l'adéquation du soutien ou encore la confiance que le soutien sera disponible en cas de besoin »* (Segrestan-Crouzet, 2010, p.68).

Chaque type de soutien a son importance. D'après plusieurs chercheurs (Furukawa, Aebi et Gerace, 1998 ; Thoits, 1995 ; Turner et Morino, 1994), le soutien social perçu est le plus pertinent à considérer en raison de ses effets bénéfiques sur la santé physique et mentale. Bruchon-Schweitzer (2002, p.334), soulignant particulièrement les effets bénéfiques du SSP sur la santé et le bien-être de la personne, explique que *« c'est dans le cas où une personne est atteinte d'une pathologie sérieuse que cet aspect du soutien s'avère particulièrement important. Dans ce cas, ce n'est pas l'importance du réseau social, mais bien plutôt une relation privilégiée avec une personne significative, qui apportera au patient écoute et réconfort, étayera ses ressources perçues et lui permettra finalement de supporter et de gérer cette situation. »*. L'étude d'Ell, Nishimoto, Medianski, Mantell et Hamovitch (1992) montre que, par exemple, *« sur 294 patients atteints de divers cancers, la supériorité du soutien social perçu sur le réseau social objectif (par exemple, vivre seul ou en couple) comme prédicteur de la durée de survie chez les femmes atteintes d'un*

cancer du sein. » (Bruchon-Schweitzer, 2001. p11). Les résultats des études réalisées sur des patientes atteintes de cancers du sein (Spiegel et Jangoux, 1989 ; Fawzy, Fawzy et Huyn, 1993 ; Bruchon-Schweitzer et Quitard, 2001) révèlent que le soutien social perçu comme satisfaisant accroît le bien-être des patientes et augmente parfois leurs chances de guérison.

Pour comprendre les effets du soutien social et plus particulièrement le soutien social perçu, il faut revenir sur les études antérieures. Nous aborderons d'abord les sources du soutien social pour développer, un peu plus loin, ses effets directs, indirects mais aussi délétères.

5.3. Sources de soutien social

Les sources de soutien sont multiples et peuvent être classées en deux catégories : les sources formelles ou "aidants formels", qui sont les professionnels de l'aide (médecins, infirmiers, organisations, groupes d'assistance, etc.) et les sources informelles dites aussi "aidants informels" (familles, amis, collègues de travail, etc.). La majorité des recherches sur le soutien social s'intéresse à l'aide et aux aidants informels, appelés aussi aidants naturels ou spontanés. D'ailleurs, Caplan (1974) met l'accent en particulier sur l'importance du support informel pour le bien-être des individus dans la vie de tous les jours, mais aussi au moment des crises et des transitions de vie (Hartmann, 2007).

5.3.1. Famille et proches

La famille, bien qu'elle soit touchée par l'atteinte de son membre, est source, peut être la plus proche, de soutien pour le malade cancéreux. Dans la plupart des cas l'annonce du diagnostic de cancer resserre les liens entre les membres de la famille et renforce sa cohésion (Lieber, Smith, Szakal, Nelson-Rees et Todaro, 1976).

Une étude portant sur 661 femmes traitées par mastectomie pour un cancer du sein a montré que les patientes qui se perçoivent soutenues émotionnellement rapportent de meilleures relations familiales, ce qui a une influence positive directe sur leur bien-être psychologique (Razavi et Delvaux, 1998). La famille (conjoint, parents, fils, frères et sœurs, tantes, etc.) offre surtout le soutien émotionnel (écoute, communication, empathie ...). Dans le contexte de la maladie cancéreuse, Cousson-Gélie (2001, p. 103) a montré que « *le soutien social perçu est significativement associé à une évolution favorable du cancer et c'est surtout le soutien émotionnel apporté par la famille, par le conjoint ou par les collègues de travail qui semble être le plus prédictif* ». La famille et les proches offrent aussi au malade le soutien matériel (transports et accompagnement à l'hôpital, argent, tâches domestiques, etc.), le soutien informationnel et le soutien d'estime de soi. En ce qui concerne la recherche de soutien, les hommes recourent

davantage et plus exclusivement à leurs femmes que ces dernières à leur époux. En revanche, les femmes cherchent un soutien varié auprès de sources variées (Razavi et Delvaux, 1998).

Une particularité liée à l'âge de la personne malade peut déterminer l'adéquation ou l'inadéquation du soutien apporté. Un parent âgé atteint d'un cancer peut être confronté à la perte d'estime de soi lorsqu'il est pris en charge par son "enfant adulte" et que ce dernier adopte surtout une attitude surprotectrice (Razavi et Delvaux, 1998). Parfois ce sont les amis ou les collègues de travail qui remplacent les enfants qui vivent loin ou qui sont très préoccupés.

5.3.2. Soignants

Les soignants (infirmiers et médecins) deviennent les premiers référents pour le patient mais aussi pour sa famille qui sont en quête d'information et de soutien. Le patient cherche l'information sur la maladie, le diagnostic, les traitements, le pronostic, etc. Le patient pose ses questions, exprime ses préoccupations et ses besoins et attend les réponses et les explications que le médecin devrait lui apporter. En réponse, le médecin s'adapte aux modes de communication et de compréhension du malade et de sa famille qui à leur tour apprennent à "se socialiser" au milieu hospitalier et aux corps médical et paramédical en adoptant leur vocabulaire, croyances et règles (Razavi et Delvaux, 1998).

5.3.3. Groupes de soutien

Le soutien social peut être apporté par des groupes de soutien spontanés (famille, amis etc.) mais aussi institutionnalisés (groupes de soignants, de patients, etc.) ; on parle même, et à l'intérieur, d'une approche "interventionniste" de thérapie de soutien. Il s'agit d'interventions basées sur des réseaux composés surtout de personnes ayant expérimenté le même événement stressant. *« Ces groupes de support reposent ainsi sur le postulat que seules des personnes « expérimentées » sont aptes à fournir un niveau suffisant d'empathie et de compréhension, et que la comparaison sociale avec des pairs peut augmenter le coping et encourager l'adaptation. En particulier, le processus de comparaison facilite l'expression des affects négatifs, offre la validation d'une nouvelle identité et d'un nouveau rôle, et réduit l'évaluation de la menace pour les stressseurs actuels et futurs. »* (Hartmann, 2007, p32-33).

Les sources de soutien sont multiples mais ne peuvent pas expliquer à elles seules les effets bénéfiques de ce dernier sur la santé de l'individu. Pour cette raison, il est nécessaire, à chaque recherche, de bien définir le soutien social et de bien choisir son instrument de mesure.

5.4. Mesure et instruments de mesure du soutien social perçu

Il existe une panoplie d'instruments mesurant le soutien social (Beauregard et Dumont, 1996). Le manque de consensus entre les chercheurs quant à la définition conceptuelle du soutien a certainement des conséquences sur la mesure de ce dernier (les qualités métrologiques de certains de ces instruments n'ont pas été vérifiées). Notre décision quant au choix d'un instrument pour mesurer notre concept dépend forcément de ce que nous proposons comme définition théorique au soutien social. Comme signalé auparavant, nous approchons, dans cette recherche, le soutien social comme expérience perçue subjectivement par la personne malade à partir de différentes dimensions. Il s'agit d'un concept multidimensionnel.

Certains auteurs (Barrera, 1986 ; Tousignant, 1988) estiment que la mesure du SSP peut être biaisée par des variables tels que le stress et la détresse psychologique (Beauregard et Dumont, 1996). En outre, dans la majorité des études, les chercheurs évaluent des perceptions et non pas des comportements réels de soutien. D'ailleurs, une confusion entre ce qu'un soutien perçu et un soutien reçu réellement est possible lors de la mesure, ce que peut biaiser les résultats. Pour cette raison, il est fondamental de bien définir le concept de soutien tel que nous voulons l'approcher, afin de choisir l'outil approprié.

Pour finir, l'étude du soutien social ne peut pas échapper aux critiques. Un des inconvénients de l'étude du soutien social est de réduire ce dernier à une perception subjective très liée à la personne bénéficiaire. Dans cette recherche, nous avons essayé de comprendre ce concept en étudiant des sources fondamentales pour le malade cancéreux, il s'agit de la famille du malade, de ses amis et du personnel soignant (médecins et infirmiers). Dans cette recherche, nous pointons le rôle des infirmiers dans le soutien des malades. Nous étudions leur propre perception par rapport à la nature de soutien qu'ils offrent à leurs patients et à leur satisfaction vis-à-vis de cette aide.

5.5. Recherches réalisées sur le soutien social

La littérature portant sur le concept de soutien social est très large. Elle est dispersée sur un large éventail de disciplines telles que : la psychologie, la sociologie, la psychiatrie, la médecine, les soins infirmiers, le travail, etc. Une revue de la littérature révèle les effets bénéfiques du soutien social sur la santé psychique (ou mentale) et physique (Cohen et Wills, 1985 ; Barrera, 1986 ; Caron et Guay, 2005 ; Cicero, Wong, Tian, Lynskey, Todorov et Isenberg, 2009 ; Yadav, 2010, Hoyt et Staton, 2011 ; Jones, Hadjistavropoulos, Sherry, 2012). Or, nous nous posons la question, déjà posée par Tousignant (1988) : « *de quelle façon ce soutien opère-t-il ? Serait-ce par exemple en permettant d'amortir le choc des évènements pénibles de la vie, soit en les rendant plus*

supportables, soit en nous offrant de meilleurs ressources pour y faire face ? » (Tousignant, 1988, p.87). Deux principaux modèles nous offrent la réponse à cette question. Il s'agit du modèle des effets directs ou principaux (l'action du soutien social sans être nécessairement en situation de stress) et celui des effets indirects (effet modérateur, appelé aussi "effet-tampon", en interaction avec un niveau de stress élevé). Nous signalons que le concept du soutien social sera différencié d'autres construits voisins et apparentés au fur et à mesure de l'étude de ses effets.

5.5.1. Effets directs du soutien social

L'hypothèse de l'effet direct est cohérente avec le modèle biomédical linéaire (Schéma du modèle cause → effet, cf. figure 1.9, Schweitzer, 2002) ainsi qu'avec l'approche épidémiologique et sociologique. Les études épidémiologiques en psychiatrie ont montré surtout les effets directs ou principaux (*Main Effects*) du soutien social et ce, en ce qui concerne ses aspects structuraux (réseau social). Cette théorie suggère que, dans une situation non stressante, le soutien a un effet bénéfique sur le bien-être. Dans une étude (Lynch, 1977) les individus veufs, divorcés et célibataires, dont le réseau social est probablement faible, présentent un taux de mortalité lié à des maladies cardiovasculaires plus élevé que les personnes mariées (Ogden, 2008).

« Le réseau social permettrait d'offrir des expériences positives régulières et un ensemble de relations sociales stables et renforçantes. Ce type de soutien, en permettant l'obtention d'affects positifs, de stabilité et de sécurité, favorisant un sentiment général de bien-être (Cassel, 1976 ; Thoits, 1985). Il permettrait également la reconnaissance de la valeur personnelle et contribuerait ainsi à favoriser l'estime de soi (Lakey et Cassady, 1990 ; Sarason, Sarason et Pierce, 1990). Ces états psychologiques positifs seraient bénéfiques pour la santé de l'individu. Ils favoriseraient de plus les mécanismes de régulation du système endocrinien. Ils influenceraient également l'adoption de comportements sains et le désir de prendre soin de soi (Cohen et Syme, 1985). Le soutien social aurait donc un impact sur la santé et ce, indépendamment du stress. » (Caron et Guay, 2005).

La majorité des études issues de la psychologie communautaire ainsi que les études en épidémiologie psychiatrique ont traité le soutien social dans ses dimensions quantitatives (quantité d'aide reçue, source d'aide, nombre de personnes offrant l'aide, proximité, etc.). Le soutien est approché en tant que provision d'aide de toute nature et de sources différentes (formelle et informelle). Il s'agit de la relation d'aide avec les personnes ou les familles en difficulté ou encore de la solidarité, dans un sens communautaire, auprès de populations lors de l'avènement de catastrophes (Devault et Fréchette, 2002). Soutien social et relation d'aide sont ainsi différenciés. Un autre concept proche doit être aussi démarqué de celui de soutien social, c'est l'intégration sociale.

L'intégration sociale ou la participation (trouvant ses origines dans les travaux de Durkheim), du fait qu'elle reflète le degré de participation de l'individu dans les relations sociales, est un concept à multiples dimensions. Ainsi, l'intégration et/ou la désintégration de l'individu peuvent être mesurées à travers le nombre de rôles occupés (enfant, conjoint, parent, ami, etc.), la fréquence de ses activités sociales (participation) et par sa propre perception de son intégration dans le tissu social (Caron et Guay, 2005). Ainsi conçu, l'intégration sociale est le produit de l'environnement social (Pierce, Lakey, Sarason et Joseph, 1997). Quant au soutien social, il s'agit de la « *dispensation ou à l'échange de ressources émotionnelles, instrumentales ou d'informations par des non professionnels, dans le contexte d'une réponse à la perception que les autres en ont besoin. Il s'actualise lors des interactions avec les membres du réseau social ou encore lors de la participation à des groupes sociaux.* » (Caron et Guay, 2005, p. 16-17). Le soutien social, comparativement à l'intégration sociale, est un concept basé sur des échanges et des interactions entre l'individu et son environnement ; c'est une approche plus dynamique (Lakey, McCabe, Fisicaro, et Drew, 1996). Selon Hartmann (2007), pour Schwarzer, Knol et Rieckmann (2003), le réseau ou l'intégration sociale ne représentent qu'une condition nécessaire mais non suffisante pour établir un soutien social fonctionnel ou "qualitatif". Le soutien social est ainsi marqué par ses dimensions qualitatives (nature de soutien, surtout son côté affectif, appropriation de soutien aux besoins et demandes, perception de la disponibilité de soutien, satisfaction par rapport au soutien reçu, etc.).

Le soutien est alors perçu comme fortement déterminé par les caractéristiques personnelles de l'individu bénéficiaire en même temps que celles de celui qui l'offre. La définition de Gottlieb (1994), traduite par Boucher et Laprise et reprise par Devault et Fréchette (2002, p. 7), tient compte de cet aspect interactionnel du soutien : « *Le soutien social est donc un processus d'interactions sociales qui augmente les stratégies d'adaptation (coping), l'estime de soi, le sentiment d'appartenance et la compétence, à travers l'échange effectif (réel) ou prévisible de ressources pratiques ou psychosociales.* ». Si certains auteurs différencient le soutien social de l'intégration sociale, d'autres (Weiss, 1973 ; Cutrona et Russell, 1990) décrivent l'intégration sociale comme une des différentes composantes du soutien social (Caron et Guay, 2005).

Des études plus récentes ont démontré que les aspects subjectifs de perception de la disponibilité de soutien et la satisfaction par rapport au soutien reçu intéressent davantage les chercheurs. En effet, il s'est avéré que les aspects structureaux du soutien avaient des effets modestes sur la santé de la personne en comparaison avec ses aspects perçus, qui ont montré des effets plus marqués.

Les méta-analyses ont révélé des effets directs entre un SSP et la détresse psychologique non spécifique (Finch, Okun, Pool et Ruehlman, 1999) ainsi qu'avec les symptômes de stress post-traumatique (Brewin, Andrews, Valentine, 2000). De même, la majorité des études transversales ont trouvé des effets directs entre un faible SSP et la dépression majeure (Lakey, 2011). « *Le SSP a un impact important sur la dépression que le réseau social (corrélations partielles de - 0,34 et de - 0,15, respectivement)* » (Schweitzer, 2002, p. 343). Dans une étude récente, Lakey et Orehek (2011) ont montré, qu'à travers la théorie de la régulation relationnelle (*Relational regulation theory*), les effets directs du SSP se produisent lorsque les gens régulent leurs émotions, pensées et comportements par le biais des conversations affectives et le partage des activités ordinaires. Les effets directs du soutien social sont observés aussi dans le champ organisationnel. Le SSP accroît la performance et la satisfaction des employés et fait diminuer les états de dépression et de *burn-out* (Bruchon-Schweitzer, 2002).

5.5.2. Effets indirects du soutien social

Pour commencer, il faut clarifier que le terme "indirect" est utilisé pour caractériser l'effet modérateur ou "amortisseur" du soutien social.

Les modèles interactionnistes, qui sont de large utilisation dans le champ du stress professionnel, ont gagné le champ de la psychologie de la santé. Selon ces modèles, des variables contextuelles (événements de vie, données socio-démographiques, etc) et des caractéristiques personnelles (facteurs de personnalité pathogènes et salutogènes) interagissent pour avoir ensuite un impact bénéfique ou nocif sur la santé, physique et psychique, de l'individu. L'hypothèse de l'effet modérateur du soutien social est cohérente avec le modèle interactionniste dans le sens où le soutien social atténue (*stress buffering effect*) les effets nocifs du stress sur la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Jones, Hadjistavropoulos et Sherry, 2012). Selon cette hypothèse, le soutien social est modérateur du lien entre la maladie et le stress en atténuant ce dernier. Le soutien influence l'évaluation de la source de stress par la personne (il limite l'importance perçue du problème) et permet à cette dernière d'améliorer ses ressources d'ajustement face à la situation considérée donc comme moins stressante. Le corollaire de ce modèle est que le soutien n'a aucun effet sur la santé en l'absence de stress (Hartmann, 2007).

Le soutien social interagit avec l'anxiété-état des patients lombalgiques en l'atténuant, ce qui se traduit par une diminution des comportements douloureux et l'adoption de stratégies de coping actives. Les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, lorsqu'ils sont satisfaits par rapport au soutien social dont ils disposent, présentent un meilleur ajustement émotionnel, des stratégies de coping actives et moins de détresse face à leur maladie (il atténue leur stress perçu et renforce leur

contrôle perçu). La solitude et l'isolement peuvent avoir des effets négatifs sur la compétence immunitaire du patient séropositif, en revanche le SSP a des effets bénéfiques sur son bien-être. Une étude a montré que les femmes au chômage qui bénéficient de soutien psychosocial présentent un meilleur fonctionnement immunitaire que celles recevant uniquement des aides financières. Il semble que le soutien diminue l'immunodépression et favorise ainsi la santé (Ogden, 2008).

Une évolution favorable de la maladie cancéreuse est liée au soutien social, en l'occurrence le soutien émotionnel procuré par les partenaires, amis et collègues. L'effet indirect du soutien social réside dans le fait de faciliter l'adhésion thérapeutique et le recours à des stratégies de coping favorables (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Le modèle interactionniste qui occulte la dynamique du processus liant l'individu à son environnement a été dépassé par le modèle transactionnel. Les effets du soutien social ont aussi été observés dans les rares travaux inspirés du modèle transactionnel (Valentier, Holahan et Moos, 1994 ; Terry, Theimer, Petersen et Demers, 1995 ; Jimmieson, McKimmie, Hannam et Gallagher, 2010).

Appliqués à la santé, les processus transactionnels modulent (en jouant un rôle médiateur ou modérateur) l'impact des antécédents environnementaux et dispositionnels sur l'état de santé ultérieur (Bruchon-Schweitzer, 2002). Selon ce modèle, le soutien social fait partie de la phase d'évaluation secondaire (évaluation de la disponibilité des possibilités et des sources de coping) et joue un rôle médiateur entre les sources de stress et la santé psychique et physique de l'individu. Le SSP peut jouer aussi un rôle modérateur en atténuant les conséquences de l'événement stressant ou menaçant et en renforçant le sentiment de contrôle personnel pour y faire face.

Les deux modèles, interactionniste et transactionnel, semblent être complémentaires. Ils ont bien marqué l'effet modérateur et protecteur du soutien face aux situations stressantes, en l'occurrence la maladie. On ne peut pas ainsi concevoir la promotion de la santé et le bien-être de l'individu en particulier et son développement en général sans la présence et la participation d'autrui.

Bien que les études les mieux construites sur le plan méthodologiques aient maintenu l'hypothèse de l'effet tampon du soutien social et de son impact sur la santé, cette dernière a été critiquée (Tousignant, 1988 ; Bruchon-Schweitzer, 2002). Les effets, direct et tampon, du soutien social sont illustrés dans la figure suivante.

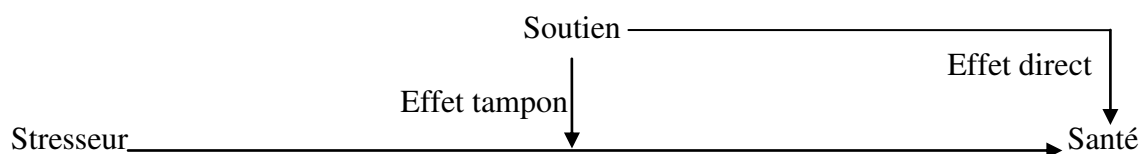


Figure 8 : Effet direct et tampon du soutien social sur la relation entre les stressseurs et l'état de santé (Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994, p. 140)

Après avoir déterminé les effets directs et indirects du soutien social sur la santé, nous précisons que notre conception du SSP découle du modèle transactionnel appliqué à la santé (*cf.* cadre théorique) où il fait partie de l'évaluation des ressources jouant un rôle médiateur entre les sources du stress et les issues psychologiques et somatiques.

5.5.3. Effets paradoxaux du soutien social

Les chercheurs s'intéressent de plus en plus aux effets négatifs du soutien, ce qui a l'intérêt d'améliorer la compréhension du concept et de ses mécanismes d'action.

Parfois les effets de l'aide et du soutien deviennent négatifs. Les relations de l'entourage peuvent être conflictuelles et envahissantes, donc nocives, plutôt que protectrices et donc perçues comme satisfaisantes par le patient. Un soutien affectif exagéré peut être paralysant pour la personne malade et fait baisser chez elle ses systèmes de défense face à la maladie. En outre, le malade peut recevoir et percevoir différemment l'aide selon l'attitude de sa source. Un conseil par exemple, peut être offert avec empathie ou avec indifférence, ce qui engendre des réactions différentes chez le patient. Le statut de celui qui aide a aussi un effet plus ou moins négatif sur le destinataire. Ainsi, un patient peut recevoir de l'affection d'un égal mais plus difficilement un conseil qui le mettra en situation d'infériorité (Tousignant, 1988).

D'autres études ont révélé que certains facteurs, plus personnels, rendent les effets du soutien négatifs ; citons brièvement le fait d'avoir un LOC interne fort chez le malade, une estime de soi élevée, être autonome (Nadler et Fisher, 1986) et la dette perçue derrière l'aide reçue, avec surtout l'impossibilité de remboursement (Greenberg, 1980).

Les aspects négatifs du soutien semblent être à multiples facettes, et peuvent dans certains cas aller jusqu'à l'abandon. Dans certains cas, le malade peut être abandonné par ses proches. Suite à la diminution de la satisfaction conjugale ou à l'augmentation des conflits conjugaux chez les femmes traitées pour un cancer de sein, ces dernières se trouvent abandonnées par leur conjoint. Derrière cet abandon, c'est l'unité familiale même qui risque l'éclatement. Enfin, il arrive que le malade lui-même refuse le soutien et l'aide. Les frais occasionnés par la maladie et les traitements pèsent lourd

sur le budget de la famille ce qui mène le malade à refuser par exemple l'accompagnement d'une autre personne de la famille lors de ses déplacements à l'hôpital.

5.6. Conclusion

Enfin, pour détecter les effets bénéfiques ou même délétères du soutien il est nécessaire d'avoir recours à des outils de mesure. Or pour bien mesurer, et tout en gardant à l'esprit qu'à toute conceptualisation correspond une mesure voire des mesures, il faut bien choisir son outil.

6. La croyance en un monde juste

L'individu cherche toujours à contrôler son monde social. Il filtre ainsi sa perception et analyse les situations selon, entre autres, la croyance en un monde juste dont le postulat est : « *les gens obtiennent ce qu'ils méritent et méritent ce qu'ils obtiennent* » (Lerner et Simmons, 1966, p.204). Avec cette croyance ou "illusion de justice" l'individu peut contrôler même l'incontrôlable, à savoir le hasard, et s'adapter aux plus pénibles des situations.

6.1. Origines et définitions de la croyance en un monde juste

Le concept de la croyance en un monde juste (CMJ) est issu de la psychologie sociale expérimentale et trouve ses origines dans les recherches de laboratoire. Un courant de recherche expérimentale a été lancé avec les premiers travaux de Melvin Lerner et ses collaborateurs au milieu des années soixante (Lerner, 1965 ; Lerner et Simmons, 1966 ; Lerner et Miller, 1978). Un point de départ est le questionnaire de Lerner concernant les mécanismes psychologiques qui permettent aux gens de garder une attitude constructive et optimiste même lorsqu'ils sont confrontés à des situations de souffrance et d'injustice. Lerner constate que les gens élaborent des explications plus ou moins rationnelles pour garder une vision du monde comme juste, ordonné et prévisible. « *Cette idée-croyance en un monde juste, nous la portons en nous-mêmes et, tout à la fois, nous en avons à ce point besoin pour vivre que nous la créons. Elle se traduit par une sorte de certitude non critiquée que, en fin de compte et tout bien pesé, les gens obtiennent ce qu'ils méritent et qu'ils méritent ce qu'ils leur arrive.* » (Moscovici, 1984, 349). Ainsi, face à une souffrance ou un malheur, la justice ou plus exactement la croyance en la justice du monde, devrait être rétablie, d'une manière ou d'une autre. « *Ou bien, par-delà les apparences, on cherchera alors dans les attributs ou dans les comportements du sujet des "causes" occultes à cette souffrance ou à ce malheur. Ou bien, on transformera le malheur en faux malheur, en fait prometteur d'un réel bonheur.* » (Moscovici, 1984, p. 349).

Cette appréhension du monde comme prévisible et contrôlable rend possible l'engagement et l'investissement de la personne dans des objectifs à long terme et lui permet de se comporter selon les règles de sa société (Lerner, 1977 ; Hafer, 2000). En effet, *« une des premières tâches de l'enfant au cours de son développement et les buts fondamentaux du fonctionnement de l'adulte sont de construire une idée stable du monde. Par conséquent, si le milieu le leur permet, ils vont engendrer un monde d'objets physiques et sociaux et des façons d'opérer sur le milieu, de se déplacer ou d'aller d'un point à un autre. Mais, l'enfant ne se contente pas de peupler un monde avec des objets, des lieux, des chemins, il évalue aussi, de façon inévitable, la désirabilité de ces particularités, en terme de mieux ou pire, de plus ou moins, et probablement au titre de leurs rapports avec les buts et les valeurs désirées. Au cours de l'acquisition normale des ressources désirées, l'enfant est en fin de compte capable de choisir une action ou l'autre avec des résultats afférents. [...] Si l'enfant est déçu et ne peut pas, après réflexion, attribuer le résultat le moins désirable à un échec de la mise en œuvre des actes adéquats, l'intégrité de cette partie du monde de l'enfant est mise en question. La conception que l'enfant a de son monde implique que "quiconque" exécute les actes adéquats devrait pouvoir atteindre le résultat désiré. La personne devrait avoir droit à ce résultat, elle le mérite. L'évaluation réfléchie de la dépendance attendue entre les actes adéquats et les résultats désirés engendrent la composante "devoir". Quiconque, a fait X à droit au revenu de valeur X, sauf si, bien sûr, on vit dans un monde plus ou moins instable. »* (Lerner, 1984, p. 207). Les travaux de Piaget (1965) sur le développement cognitif et ceux de Kohlberg (1963) sur le développement moral de l'enfant, cités par Gangloff et Duchon (2010), montrent que vers 6 ans, 86% des enfants partagent la CMJ et la croyance en une justice immanente selon laquelle une faute entraîne sa propre punition et que l'ordre des choses est ainsi rétablie. A ce propos, Gangloff et Duchon (2010, p. 52) expliquent que *« lorsque l'on raconte à des enfants des histoires où l'un des leurs se blesse après avoir désobéi à ses parents, les enfants considèrent la blessure comme une punition. Plus globalement, les jeunes enfants considèrent leurs parents comme des autorités omniscientes capables de définir ce qui est bien et juste : si quelqu'un est puni par un adulte, c'est la preuve qu'il est fautif. Cette diffusion culturelle est fonctionnelle : elle permet de passer du principe du plaisir (où la récompense est immédiate) au principe de réalité (avec une récompense plus tardive). Les adultes enseignent cette croyance à leurs enfants pour encourager les bons comportements, l'effort, le travail, le respect de l'autorité et des institutions. »*. Une conséquence naturelle de cet apprentissage social est que, même avec la maturité et l'expérience, notamment de l'injustice, comme l'indiquent Gangloff et Duchon (2010), cette croyance est toujours présente à l'âge adulte. Les gens contractent un engagement avec un monde juste où ils croient que ceux qui établissent des actes adéquats obtiennent les résultats escomptés, dignes de ces actes.

Toutefois, il faut garder à l'esprit que la CMJ est une perception et non pas une réalité du monde que l'individu crée pour donner sens à sa vie. Il s'agit d'un biais cognitif que Dalbert (1992) décrit comme une illusion et qu'il appelait d'ailleurs "illusion positive". Cette croyance crée l'illusion d'un monde stable, ordonné et prévisible (Lerner et Miller, 1978 ; Lerner, 1980). Une telle illusion permet de se sentir ou de percevoir qu'on a un meilleur contrôle des situations et de maintenir une évaluation favorable de soi afin de faire face à ce qui nous arrive. Dans ce sens, Dubois (1987) précise que pour nier ou éliminer l'intervention du hasard, les gens ont recours à cette croyance du monde où chacun obtient ce qu'il mérite et mérite que ce qu'il obtient. L'auteur ajoute qu' « *avec une telle conception de la justice, les événements deviennent contrôlés : aucune chance possible pour que des événements néfastes se produisent inopinément. Cette croyance selon laquelle chacun obtient ce qu'il mérite implique que l'on reconnaisse aux individus la responsabilité des actes qu'ils commettent et de ce fait qu'on loue les gens auxquels il arrive des choses bien, et qu'on sanctionne ceux à qui il en arrive de fâcheuses.* » (Dubois, 1987, p.27).

6.1.1. Le paradigme expérimental (ou expériences fondatrices de la CMJ)

Basée sur l'idée selon laquelle "les gens ne peuvent pas ne pas mériter ce qui leur arrive d'heureux", une expérience pionnière de Lerner (1965) a mis en évidence la CMJ. Dans cette expérience, des sujets sont invités à observer une situation mettant en scène deux jeunes étudiants travaillant à part égale sur une tâche commune. Les sujets sont informés qu'un seul étudiant sera récompensé et qu'il sera tiré au sort. L'expérimentateur demande ensuite aux sujets de juger de la qualité du travail effectué par chacun des deux acteurs. Le résultat est que, pour les observateurs, le sujet qui a été tiré au sort, et qui a donc été rémunéré, est perçu comme ayant contribué davantage à la tâche et qu'il est plus productif.

"Le paradigme de la victime innocente" a servi de modèle à un nombre important d'expériences portant sur la CMJ. Il s'agit de montrer comment la CMJ se reflète dans la manière dont les gens réagissent à la justice et à l'injustice (Hafer et Bègue, 2005). Afin de préserver une telle croyance, les gens émettent des jugements et réagissent en blâmant et en dévalorisant les victimes, pourtant manifestement innocentes. Dans l'étude de Lerner et Simmons (1966), fondée sur ce paradigme, des étudiantes sont amenées à observer une autre étudiante qui, lors d'une tâche d'apprentissage verbal (apprendre une liste de mots sans signification), reçoit des chocs électriques en cas d'erreur. Les étudiantes (observatrices) sont appelées à faire une description psychologique de la victime. Face à cette situation où la victime souffre, sans que l'on puisse rien faire pour elle, alors qu'elle commet des fautes que n'importe autre personne placée dans pareille situation commettrait, on doit trouver une explication logique. On ne souffre pas pour rien. Les étudiantes

n'ont ainsi qu'à dévaluer la victime (Gangloff et Duchon, 2010 ; Paquet, 2009). Confrontés à ce que Lerner appelait une "victime objectivement innocente" (Lerner, 1980), situation qui remet en cause la CMJ, les sujets qui ne trouvent pas d'explication ou de justification rationnelle au caractère contradictoire des faits, ont recours à la dévaluation et au blâme de la victime, de sorte qu'elle devienne fautive et responsable de sa souffrance (ex : la victime mérite son sort à cause de son caractère, et par conséquent c'est moins injuste). De tels résultats, ainsi que bien d'autres issus de maintes expériences suivantes, ont porté sur ce besoin de croire en un monde juste et plus largement la manière dont les gens orientent leur vie autour de la question du mérite.

Pour autant, certains individus ne réagissent pas d'une manière négative face à une situation d'injustice ; ils manifestent plutôt de la compassion envers les victimes qui sont perçues comme ne méritant pas leur sort. Ces gens, qui n'adhèrent pas à la CMJ « *attribuent les malheurs au contexte social ou à un destin arbitraire, notamment lorsque la souffrance qu'ils observent les touche ou est susceptible de les toucher directement.* » (Gangloff et Duchon, 2010, p. 49).

Cela signifie qu'il faut aussi distinguer entre la CMJ centrée sur autrui et la CMJ centrée sur soi. L'individu utilise la CMJ pour la condamnation et la dévalorisation des autres dans le sens qu'ils méritaient leur malchance, alors qu'il évalue positivement sa personne (ex : être une personne vertueuse vivant dans un monde injuste). L'individu croit qu'il a un contrôle direct de son destin : s'il ne fait pas quelque chose de mal, il ne va pas y avoir de mauvais événements : s'il lui arrive quelque chose de mal, alors c'est le hasard ou l'arbitraire. Shaver (1970, 1975) parle même de l'abandon protecteur de la CMJ dès lors qu'on est soi-même une victime innocente. « *Il suggère en effet qu'un sujet, en situation de juger des événements qui lui arrivent personnellement, se percevra comme "sujet vertueux" aux prises avec un environnement injuste.* » (Chalot, 1980, p. 65). Enfin, l'individu peut être particulièrement susceptible de voir ses propres récompenses comme étant méritées (Beckam, 1970). Les réactions des gens à leur propre "sort" et à celui des autres sont fortement influencées par ce besoin de croyance en un monde juste, même si certains ne veulent ou ne peuvent consciemment admettre qu'ils étaient porteurs de cette croyance (Lerner, 1985). Ces réactions sont influencées selon Lerner (1998) par deux systèmes cognitifs différents : le système "expérientiel préconscient" et le système "rationnel conscient".

6.1.2. Deux niveaux de traitement de l'injustice

Confrontés à des situations manifestes d'injustice, les gens, dans le but de préserver leur CMJ, réagissent sur deux niveaux. « *Le niveau conscient du discours qui reflète les règles sociétales concernant le traitement rationnel de l'information et la moralité conventionnelle, et un autre*

niveau préconscient où les scénari relativement simples et les associations issus des émotions prévalent. » (Lerner, 1998, p. 257).

Lerner pense que la plupart des gens reflètent, au niveau public ou explicite de leur discours, les valeurs et les systèmes normatifs dominants de leur société. (Lerner, 1985) Ainsi, ce niveau est basé sur des raisonnements rationnels et normativement conventionnels (ex : la non dépréciation ou la non condamnation d'une victime d'injustice et la manifestation plutôt de la compassion et de la sympathie envers elle). En effet, déprécier une victime innocente ne s'accorde pas avec les attentes normatives et sociétales ; les gens réagissent donc, consciemment, par une compassion envers cette victime et par un rejet du responsable ou de l'auteur de cette injustice. Cependant, « *dans certaines circonstances, aucune explication rationnelle ne peut être fournie et les gens font référence à des caractéristiques méprisables inhérentes à la victime ou croient simplement en une force omnipotente qui rétablira la justice. Pour la plus grande part, alors, les dynamiques sous-jacentes qui assurent que les gens obtiennent ce qu'ils méritent renvoient à l'irrationnel, aux processus contre-normatifs qui se mettent en place de manière préconsciente sans que les gens en soient conscients.* » (Lerner, 1998, p. 255). Les réactions irrationnelles peuvent inclure le blâme, l'évitement, le rejet et même le fait de croire que la victime sera récompensée plus tard.

Si Lerner parle d'un niveau conscient de traitement de l'injustice qui est déterminé par les normes sociales, il y a ceux qui considèrent la CMJ, en elle-même, comme une norme sociale.

6.2. L'ancrage socio-culturel de la CMJ

Des études ont montré que cette croyance est socialement partagée et valorisée et que cette valorisation fait l'objet d'une certaine clairvoyance (Gangloff et Duchon, 2010 ; Duchon et Gangloff, 2006 ; Gangloff, 2006). Certains auteurs (Comby, Devos et Deschamps, 1995) pensent que la CMJ est un style attributionnel mobilisable dans des conditions particulières. Les individus peuvent concevoir ainsi le monde comme tantôt juste tantôt injuste. Cet ancrage social fait que la CMJ est imprégnée par la culture des sociétés.

D'après Chalot (1980) les processus adhérant à la CMJ sont « *ancrés dans la conscience dite populaire, ils seraient véhiculés à des degrés de prégnance divers par la morale du même nom ; des aphorismes en témoignent, de même que présent dans de nombreuses productions culturelles le signifiant que, somme toute, "les bons sont récompensés et les méchants sont punis". Ils auraient notamment pour fonction, et selon les cas, de décrire ou de justifier souffrances, injustices et calamités.* » (Chalot, 1980, p. 51). Selon Deconchy (1982, p. 152) la CMJ renvoie à « *tout un arrière-fond culturel d'imagerie et de sagesse populaires plus ou moins fortement mythologisées.* ». Ainsi, les enfants grandissent avec des contes de fées et des mythes populaires mettant l'accent sur

les avantages qui découlent de la vertu et les sanctions qui découlent des mauvaises conduites. Cendrillon, qui a beaucoup souffert, est récompensée par le mariage avec le prince charmant, les mensonges de Pinocchio sont visiblement punis par un nez de plus en plus long et le Père Noël prépare une liste annuelle des enfants qui sont gentils ou méchants pour qu'il puisse allouer des cadeaux à ceux qui les méritent (Rubin et Peplau, 1975).

« *Inculquée par un apprentissage social et culturel* », comme l'expliquait Deconchy (1982, p. 150), la CMJ semble aussi avoir des liens avec la religion.

6.3. L'ancrage religieux de la CMJ

Une idée capitale dans certaines doctrines religieuses, essentiellement le christianisme, le judaïsme et l'islam, est que Dieu récompense les personnes vertueuses et punit celles qui ne respectent pas les règles morales. Dieu promet à ses fidèles et aux gens "droits" qu'ils ne souffriront pas injustement et que les événements qui semblent injustes sont soit des punitions méritées soit des mises à l'épreuve. Ainsi, la religion véhicule des croyances qui sont très proches de la CMJ selon lesquelles aucune souffrance n'est imméritée et qu'il n'existe aucune injustice dans le monde. Dès lors, le lien entre la CMJ et la religion semble évident.

Maes (1998) a d'ailleurs évoqué le concept de "croyance en une justice finale" (CJF). Cette dernière est une dimension de la CMJ directement liée à la religion. Selon Maes (1998, p. 12) elle « *est associée à certaines doctrines religieuses, dans lesquelles la consolation de l'injustice actuelle sur terre sera fournie par la plus haute justice promise, peut être dans un autre monde ou dans un cadre temporel plus large.* ». Une telle promesse divine d'une future compensation des injustices, ou CJF selon Maes, nous la trouvons dans la religion islamique. En se référant au Coran nous trouvons « *sois patient, car Allah ne laisse pas perdre la récompense des gens bienfaisants.* » (Sourate 11 ; verset 115). Dieu a d'ailleurs donné l'exemple de Job, un homme juste, qui a eu des souffrances terribles (il a perdu ses enfants, sa richesse et enfin sa santé) : « *Et Job, quand il implora son Seigneur: « Le mal m'a touché. Mais Toi, tu es le plus miséricordieux des miséricordieux » ! Nous l'exauçâmes, enlevâmes le mal qu'il avait, lui rendîmes les siens et autant qu'eux avec eux, par miséricorde de Notre part et en tant que rappel aux adorateurs.* » (Sourate 21 ; versets 83,84).

Ainsi, la perspective religieuse peut « *référer un événement apparemment injuste au cadre plus large de l'idée d'une justice ultime. Toute souffrance apparemment imméritée sera naturellement récompensée et contre-balancée plus tard. De ce fait, il n'y a pas de victime innocente et il n'y a pas d'injustice, dans l'état ultime des choses.* » (Deconchy, 1982, p. 156). En incarnant une vision chronique de la vie, les croyants acceptent les injustices en pensant que la

justice finira par s'imposer au cours de la vie sur terre ou bien dans l'au-delà. Deconchy parle même de « *la possibilité de se désintéresser des récompenses immédiates pour se donner et atteindre des finalités ultérieures et supérieures.* » (Deconchy, 1982, p. 153).

L'hypothèse est que les croyants en la religion adhèrent plus que les non croyants à la CMJ. Rubin et Peplau (1973 ; 1975) ont montré que, chez des étudiants chrétiens et israélites, la CMJ corrèle positivement avec la régularité de la pratique religieuse (fréquentation de l'église ou de la synagogue) et avec le degré de croyance en un Dieu actif. Lerner et Elkinton (1970), cités par Rubin et Peplau (1975), et Gangloff et Duchon (2010), suggèrent que la tendance de la classe ouvrière de ne pas percevoir les injustices peut être expliquée par leur idéologie religieuse fondamentale selon laquelle ce qui peut apparaître comme inégalités n'est que le résultat d'un péché qui sera corrigé dans l'au-delà. Sorrentino et Hardy (1970) ont trouvé qu'en cas de souffrance, les plus religieux dévalorisent moins la victime et manifestent davantage de compassion envers elle. Selon les mêmes auteurs (Sorrentino et Hardy, 1974), les individus qui croient que « *Dieu ferait les choses comme il faut au paradis à défaut de les faire sur terre* » dévalorisent moins la victime innocente du fait qu'ils ont une foi assez forte en cette justice finale (Lerner, 1985, p. 206).

Suite à ce développement des questions se posent : les malades tunisiens, victimes d'un cancer, croient-ils au monde juste ? Face à une expérience assez terrible et avec la prise de conscience qu'on ne peut rien faire, ou presque, et le fait de se trouver une personne bonne et de vertu, développe-t-il chez eux une croyance en une justice ultime ? Quel lien peut-on déceler entre la CMJ et la religion islamique ? A quel point une telle croyance apporte-elle sécurité et optimisme, comme le pensait Lerner (1985), à ces personnes qui souffrent ?

6.4. Types de croyance en un monde juste

Selon Comby, Devos et Deschamps (1995), au départ, la CMJ a été conceptualisée en tant qu'une seule et même dimension, c'est-à-dire qu'il y a des individus croyant que le monde est juste et d'autres croyant que le monde est plutôt injuste (Ahmed et Stéwart, 1985 ; Rubin et Peplau, 1973 ; 1975). Aujourd'hui, des auteurs ont montré que la CMJ recouvre de multiples dimensions (Ambrosio et Sheehan, 1990 ; Hyland et Dann, 1987) et que croire au monde juste ne s'oppose pas au fait de croire à un monde injuste (Furnham et Procter, 1989). Deux dimensions ont reçu le plus l'attention des chercheurs : la croyance en une justice immanente et la croyance en une justice ultime.

6.4.1. Croyance en un monde juste (CMJ) et croyance en un monde injuste (CMI)

« Croire que le monde est juste, c'est croire qu'il existe un lien nécessaire entre ce que font les gens et ce qui leur arrive, plus encore entre ce qui leur arrive et ce qu'ils ont fait, ou ce qu'ils sont : c'est croire, selon la formule désormais classiquement reprise par les auteurs, que « les gens obtiennent ce qu'ils méritent et méritent ce qu'ils obtiennent » (Lerner et Simmons, 1966, p.204). Entre les investissements d'un individu et les événements-résultantes, il n'y aurait place ni pour l'arbitraire, ni pour le hasard. » (Chalot, 1980, p. 52). Or des expériences personnelles ou d'autrui avec l'injustice (souffrance, mal, inégalité, etc.) viennent contrebalancer cette vision du monde, ce dernier devient injuste et la personne adhère plutôt à une croyance en un monde injuste (CMI).

6.4.2. Croyance en une justice immanente (CJI)

Terme de Piaget (1965) selon lequel « une faute entraîne automatiquement sa propre punition » (Rubin et Peplau, 1975, p. 75). Chalot (1980, p. 51) explique qu' « en matière de justification [...] une tendance récurrente à voir dans les catastrophes naturelles l'expression d'un châtiment collectif, comme à faire de la situation de groupes sociaux défavorisés ou infériorisés l'expression d'une juste sanction. Il y aurait ainsi une justice immanente. ». Ainsi, les injustices sont en réalité des conséquences de mauvaises actions et conduites. Avec la CJI les individus méritent ce qu'ils obtiennent (Hafer et Bègue, 2005).

6.4.3. Croyance en une justice finale (CJF)

« Quels que puissent être les événements décevants, ou terribles, qui se produisent dans nos vies actuelles, ils ne sont que des essais provisoires qui seront à la fin remplacés par nos succès et triomphes ultimes. Nous pouvons nous rassurer dans cette attente, parce qu'il s'agit d'un monde juste où le bien triomphe du mal et où il est clair que nous sommes parmi "les bons". » (Lerner, 1985, p.208). Une situation qui paraît actuellement injuste sera compensée et la justice finira par s'établir, que ce soit à long terme sur terre, ou bien dans l'au-delà au paradis (Hafer et Bègue, 2005). C'est cette dernière idée qui nous renvoie directement à la notion de "justice divine". La notion de justice finale ou ultime comme une croyance chronique ou à long terme (Hafer et Bègue, 2005) permet aux gens de supporter les injustices et de réduire les menaces qui pèsent sur le besoin de croire en un monde juste.

Certains auteurs parlent de deux types de CMJ : croyances générales liées à la justice du monde et croyances personnelles liées à la justice des événements dans sa propre vie (Dalbert, 1999 ; Lipkus, Dalbert et Siegler, 1996). Les deux types de croyances ont été associés à une série de

résultats positifs (McParland et Knussen, 2010). Maintes études ont montré que les individus adhèrent davantage à la CMJ pour soi et donc à voir ses événements comme plus justes, et que cette dernière est plus importante pour la santé mentale ou psychique (Dalbert, 1999 ; Dzuka et Dalbert, 2002 ; Dzuka et Dalbert, 2006 ; Otto, Boos, Dalbert, Schöps et Hoyer, 2006).

6.5. La fonction adaptative de la CMJ

Plusieurs auteurs ont montré la fonction adaptative de la CMJ. La CMJ joue un rôle dans l'apprentissage social et la socialisation de l'enfant. Elle lui permet de passer du principe du plaisir (où la récompense est immédiate) au principe de la réalité (avec une récompense plus tardive) (Gangloff et Duchon, 2010 ; Rubin et Peplau, 1975). En faisant cette transition, l'enfant engage un "contrat personnel" avec lui-même pour retarder les gratifications afin de parvenir à une plus grande récompense plus tard et ce dans un monde juste où on obtient ce qu'on mérite. En outre, l'enfant peut développer un sentiment d'efficacité personnelle du fait qu'il est capable de manipuler son environnement pour obtenir cette récompense. Ainsi, une forte CMJ peut être liée à un sentiment de contrôle personnel ou interne à l'égard des événements (Rubin et Peplau, 1975). Avec la CMJ l'enfant apprend donc à valoriser les bons comportements, l'effort, le travail et le respect de l'autorité et des institutions (Gangloff et Duchon, 2010).

Lerner suggère que la CMJ est une illusion fondamentale. « *Fondamentale car elle est essentielle au besoin de sécurité et de santé mentale des gens et illusoire dans la mesure où elle renvoie à une série de croyances factuellement fausses qui sont défendues avec motivation.* » (Lerner, 1998, p.248). La CMJ a une fonction éminemment adaptative permettant aux gens d'avoir un sentiment de sécurité dans un monde ordonné et stable pour, d'une part s'investir dans des objectifs à long terme, et d'autre part maintenir leur engagement et mériter les résultats escomptés (Otto et al. 2006). Dans un même sens, Dalbert (1992) parle d'une "illusion positive" pour désigner la CMJ ou l'illusion de justice, qui offre une vision positive du futur, vision soutenue par la perception d'un meilleur contrôle des événements ainsi qu'une favorable évaluation de soi (Tomaka et Blascovich, 1994). Néanmoins, Lerner et Elkinton (1970) ont fourni, bien auparavant, des résultats selon lesquels cette vision positive et cet espoir en l'avenir ont été trouvés chez les individus qui se sentent le moins capables de changer ou d'améliorer leurs conditions de vie (sujets issus de la classe économiquement et socialement défavorisée et faisant preuve d'une forte CMJ). L'interprétation proposée par Lerner, à part l'effet de l'appartenance sociale de ces sujets, réside dans leur engagement religieux. De tels sujets acceptent les injustices en croyant en une justice finale. Ainsi, la CJF devrait avoir une fonction adaptative particulièrement importante.

Toutefois, une forte croyance en un monde juste peut être nuisible. Blâmer et dévaloriser les victimes du destin ou de la discrimination sociale (noirs, femmes, handicapés, etc.) fait légitimer et perpétuer l'injustice sociale. Par conséquent, les individus qui ont une forte CMJ et approuvent les institutions politiques et sociales doivent moins sentir la nécessité de s'engager dans des activités de changement social pour alléger les souffrances des victimes (Rubin et Peplau, 1975). D'ailleurs, dans une étude récente, Gangloff et Duchon (2010) pensent que les hommes qui ont intériorisé une croyance en une justice organisationnelle sont des individus qui acceptent les injustices et que cette attitude ne peut qu'accentuer la fréquence des injustices envers les femmes dans le milieu professionnel.

6.6. Différenciation du concept d'autres apparentés

La CMJ et l'autoritarisme (ou l'autorité) sont parfois assimilés l'un à l'autre (Rubin et Peplau, 1975). Les deux concepts sont liés par l'idée que les personnes fortes et puissantes sont bonnes et que les personnes faibles et impuissantes sont mauvaises. En outre, l'autoritarisme est lié à l'intolérance de l'incohérence cognitive (Steiner et Johnson, 1963) et à l'hostilité envers les handicapés et les défavorisés (Noonan, Barry et Davis, 1970). De telles attitudes peuvent être observées chez les individus qui adhèrent à la CMJ. Cependant, les deux concepts sont bien distincts. Lerner a effectué une analyse factorielle sur le « *Just World Scale* » et le « *F-Scale* » (centré sur la soumission à l'autorité) ; il a trouvé que, bien que les deux échelles soient positivement corrélées, elles remplissent des facteurs distincts (Rubin et Peplau, 1975).

6.7. Mesure et instruments de mesure de la CMJ

C'est à travers l'expérimentation que Lerner a mis en évidence, pour la première fois, la CMJ (1965). Ensuite, les recherches expérimentales ont proliféré (Lerner et Simmons, 1966 ; Rubin et Peplau, 1973, 1975 ; Chaikin et Darley, 1973 ; Sorrentino et Boutillier, 1974 ; Dalbert, 2002) pour étudier la CMJ et ses implications sur le plan psychologique et comportemental. Dans une phase ultérieure, différentes échelles ont été construites et ont permis de mettre en évidence les variations interindividuelles et interculturelles dans le degré d'adhésion à la CMJ.

L'échelle de croyance à la justice du monde (« *the Belief in a Just World Scale* » : BJW) est la plus ancienne des échelles, élaborée par Rubin et Peplau (1973, révisée en 1975), destinée à établir, pour chaque individu, avec quelle intensité il adhère à la CMJ. Elle est composée de 20 items (11 affirmant que le monde est juste et 9 affirmant que le monde est injuste). Le sujet doit indiquer son degré d'accord ou de désaccord sur une échelle en 6 points. L'échelle révèle une croyance générale et unidimensionnelle. Des études (Ambrosio et Sheehan, 1990 ; Whatley, 1992) ont montré que

l'échelle de Rubin et Peplau (1975) est plutôt multidimensionnelle avec certains items très généraux et autres plus spécifiques (touchant la santé, famille, politique, justice pénale).

D'autres échelles uni et multidimensionnelles plus valides ont vu le jour. Nous citons l'échelle unidimensionnelle (CMJ) de Dalbert, Montana et Schmitt (1987), l'échelle de Lipkus (1991), etc. Furnham et Proctor (1992) ont construit une échelle multidimensionnelle mesurant trois dimensions (croyance en un monde juste, croyance en un monde injuste, croyance au hasard). Maes (1992) a développé une échelle multidimensionnelle mesurant les quatre dimensions de la CMJ à savoir la croyance en un monde juste (CMJ), la croyance en un monde injuste (CMI), la croyance en une justice finale (CJF) et la croyance en une justice immanente (CJI). Gangloff et Duchon (2010), pour leur part, ont élaboré une échelle spécifique au monde professionnel (CMJO). Certaines études ont eu recours à l'entretien (Lerner et Elkinton, 1970 ; Janoff-Bulman et Wortman, 1977), les interviewés répondant à des questions telles que : « Connaissez vous des personnes qui sont moins bien traitées par la vie qu'elles ne le méritent ? », « sont-elles traitées injustement ? ».

6.8. Recherches réalisées sur la CMJ

La CMJ ne s'est pas seulement manifestée en laboratoire mais est présente dans différentes études de terrain de la vie quotidienne des personnes. Face à des événements négatifs et durs (comme une grave maladie), le contrôle semble parfois impossible. La personne croit en la possibilité de contrôler en repérant des liens, même illusoire, entre les événements. Cette croyance au contrôle semble bénéfique pour fuir le syndrome d'impuissance acquise. En effet, les individus justifient ce que leur arrive, bien souvent, par des causes où ils doivent y être pour quelque chose. *« C'est ainsi par exemple que 93% des 60 malades cancéreux interviewés par Abrams et Finesinger (1953) pensent que leur maladie est la résultante de leurs mauvaises conduites antérieures [...]. Un constat identique a pu être fait chez les femmes violées, les personnes confrontées à la mort d'un être cher et même chez les gens victimes de catastrophes comme une explosion nucléaire : tous se sentent plus au moins coupables, s'accusent de « fautes » réelles ou imaginaires. »* (Dubois, 1987, p. 26). Janoff-Bulman et Wortman (1977) ont observé que des sujets gravement accidentés *« étaient peu motivés à éviter le blâme, s'attribuent généralement plus de responsabilité que les circonstances de leur accident ne l'auraient requis. Ceci relèverait bien d'un "mode de pensée de type monde juste" »* (Chalot, 1980, p. 66). Chadoff, Friedman et Hambourg (1964) ont reporté que, souvent, les parents d'enfants mourants s'auto-accusent et se perçoivent comme responsables du destin de leurs fils. Les auteurs ajoutent que le fait de s'auto-accuser peut soulager et apaiser l'angoisse de ces parents. Kubler-Ross (1969) a donné aussi l'exemple du patient hospitalisé pour la maladie de Hodgkin qui s'attribue fermement la cause de son atteinte du fait d'une alimentation

insatisfaisante. Ainsi, une victime ayant besoin de satisfaire sa croyance en un monde juste accuse son propre caractère ou ses comportements.

Janoff-Bulman et Wortman (1977) ont mentionné que les sujets paraplégiques suite à un grave accident de la route et croyant que les circonstances de l'accident semblent particulièrement injustes (le fait d'être blessé à la place du conducteur) s'adaptent difficilement à leur handicap. Par contre, ceux qui ont réussi à maintenir leur croyance en un monde juste, malgré leur victimisation (ceux qui ont obtenu le meilleur score sur l'échelle de monde juste), se sont révélés plus heureux que les autres. Cubela-Adoric (2003) a constaté que plus les étudiants ont approuvé un monde injuste, moins ils étaient confiants de terminer l'année scolaire en cours avec succès. Otto et *al.* (2006), soutiennent que ceux qui croient en un monde injuste devraient montrer davantage des symptômes post-traumatiques. Les résultats de leur étude confirment que la CMJ peut être considérée comme une variable modératrice pour aider les victimes d'une catastrophe naturelle (inondations) à préserver leur santé et bien-être psychologique. L'étude a clairement montré qu'une CMJ plus forte a été associée à moins de dépression, d'anxiété et d'autres symptômes psychologiques (comme en particulier l'insécurité sociale, l'hostilité et la pensée paranoïaque).

Lipkus et *al.* (1996) ont vérifié l'hypothèse selon laquelle une forte CMJ est, d'une part corrélée négativement avec la dépression et le stress, d'autre part est positivement corrélée avec la satisfaction dans la vie, et ce d'autant plus avec une CMJ pour soi. Les auteurs ont montré que cette CMJ a de fortes et consistantes corrélations avec les trois variables citées précédemment. Les auteurs (Lipkus et *al.* 1996) ont examiné aussi le lien entre la CMJ, le bien-être et les cinq traits de la personnalité (*the big five*) à savoir : le névrosisme, l'extraversion, l'ouverture d'esprit, l'amabilité et l'esprit consciencieux. Les sujets ayant un score élevé en CMJ se sentent moins névrotiques, plus stable émotionnellement, extravertis et ouverts. Enfin, Lipkus et ses collaborateurs (Lipkus et *al.* 1996) ont trouvé que généralement les individus ayant une forte CMJ manifestent un meilleur coping que ceux ayant une faible CMJ.

Les résultats restent flous concernant les relations entre la CMJ et les trois dimensions de l'identité sociale (sexe, âge et classe sociale). Peplau et Tyler (1975) ont trouvé une corrélation négative avec l'âge mais seulement avec les hommes. Kubler-Ross (1969) suggère que la CMJ peut se renforcer chez les personnes âgées. Des études ont révélé que les hommes développent plus la CMJ que les femmes (Dion et Dion, 1987 ; Kleine et Meyer, 1990 ; Gangloff, Abdellaoui et Personnaz, 2007 ; Gangloff et Duchon, 2010), certaines autres n'ont trouvé aucune différence entre les hommes et les femmes (Rubin et Tyler, 1975 ; Lipkus et *al.*, 1996). Lerner et Elkinton (1970) ont observé que les sujets des classes sociales défavorisées sont ceux qui perçoivent le plus l'existence des injustices. Pourtant, Rubin et Peplau (1973 ; 1975) et Peplau et Tyler (1975) n'ont

pas trouvé de lien entre la CMJ et l'appartenance sociale. Dalbert (1998 ; 1999 ; 2001 ; 2002) a souligné que la CMJ, avec sa fonction adaptative, préserve l'équilibre psychique de l'individu, favorise le sentiment de bien-être dans l'ensemble et face à des événements de vie négatifs. Dalbert (2002) a estimé que la CMJ atténue la colère et ses effets négatifs face à des expériences de vie injustes. L'auteur a trouvé aussi que les sujets avec une forte CMJ avaient une plus grande estime de soi et une meilleure santé physique. Au travail, les sujets croyant fortement en une justice du monde ont confiance en eux-mêmes, en leur efficacité (Otto et Schmidt, 2007) et dans le fait d'être traités d'une manière juste par les autres (Tomaka et Blascovich, 1994 ; Furnham, 2003). Pour leur part, Lucas, Alexander, Firestone et Lebreton (2008) ont montré que la croyance en une justice procédurale prédit moins de stress chez les individus.

Selon Wortman (1983), cité par Agrawal et Dalal (1993), les croyances des patients au sujet du monde jouent un rôle important dans l'élaboration de leurs réactions face à l'apparition soudaine d'une maladie ou d'un handicap et influencent le processus de récupération ultérieure. Des études (Janoff-Bulman et Wortman, 1977 ; Agrawal et Dalal, 1993) ont montré que la CMJ améliore l'humeur et permet un rétablissement plus rapide de la maladie. McParland et Knussen (2010) ont révélé que les malades souffrant de douleurs chroniques et ayant de fortes convictions que le monde est juste ont marqué de faibles niveaux de douleur, d'invalidité et de détresse psychologique : la CMJ réduit l'effet de l'intensité de la douleur et de la détresse psychologique. Les auteurs ont suggéré une explication selon laquelle les sujets avec forte CMJ ont réévalué et interprété leur expérience de douleur positivement, ce qui leur a permis de s'adapter plus efficacement et d'éprouver ainsi moins de détresse. Dans une étude de Ritter, Benson et Synder (1990) il s'est révélé aussi que la CMJ est négativement corrélée avec la dépression. La croyance en la vie après la mort et en particulier la CJF, ont un impact significatif sur l'adaptation à certaines crises de la vie (maladie grave, décès d'un proche, etc.). Ulmer, Range et Smith (1989) ont constaté que les gens qui croient fermement en une vie après la mort récupèrent mieux, ont un sentiment de bien-être et évitent moins de penser à la mort de leurs proches que ceux qui n'ont pas cette croyance. D'après Rubin et Peplau (1975) même le patient mourant peut tirer un confort de la conviction que sa vie vertueuse sera récompensée au paradis.

Plusieurs auteurs (Rubin et Peplau, 1973 ; Collins, 1974, Gangloff et al. 2007) ont constaté que la CMJ est corrélée avec le LOC interne. « *La croyance au monde juste étant nécessaire pour que les individus croient en leur efficacité personnelle, en leur capacité d'obtenir, grâce à leurs actions, des renforcements positifs.* » (Gangloff et Duchon, 2010, p.51). En revanche, Lerner (1980) pense que la CMJ permet aux personnes les plus démunies (appartenant à des classes sociales défavorisées) d'accepter les difficultés et les injustices grâce à une justice finale ou divine qui leur

promet le paradis. La question qui se pose est de savoir : qui, parmi les malades du cancer, sont ceux qui développeront davantage une CMJ, ceux manifestant un LOC interne ou bien ceux avec un LOC externe (ex : Dieu juste) ?

6.7. Conclusion

Face à un "sort" malheureux beaucoup de gens « *font semblant, vis-à-vis d'eux-mêmes et des autres, d'accepter la vision dure du monde alors que, dans le même temps, ils continuent à organiser une grande partie de leur vie, à la fois le présent et surtout leur avenir, autour de la croyance en un monde juste. Ils restent fortement réceptifs à l'information et influencés par elle, sur les questions de justice et de mérite.* » (Lerner, 1985, p. 210).

7. Le "coping"

Confronté à la maladie, en l'occurrence cancéreuse, l'individu cherche des moyens de contrôler la situation afin de diminuer ou de tolérer l'impact de celle-ci sur sa santé physique et psychique. Ceci dépend en grande partie des processus d'ajustement complexes mobilisés pour la raison.

7.1. Origines et définitions du concept

Terme anglo-saxon, le coping n'ayant pas d'équivalent en français (*to cope* = faire face à), il est traduit par "stratégie d'ajustement" (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Paulhan, 1992) ou stratégie d'adaptation (Fischer, 1997 ; Lourel, 2006). Le coping se réfère au modèle transactionnel de stress de Lazarus et Folkman (1984). Sa prolifération est marquée dans le champ de la psychologie de la santé.

7.1.1. Modèle transactionnel du stress et du coping (Lazarus et Folkman, 1984)

Comme mentionné auparavant, ce modèle appartient à une conception cognitive du stress ; il s'intéresse aux transactions actuelles entre l'individu et l'environnement. Avec ce modèle on distingue deux étapes fondamentales : l'évaluation primaire (phase de stress perçu) et l'évaluation secondaire (phase de contrôle perçu et de soutien social perçu). Soumis au stress, l'individu analyse, dans un premier temps, ce qui est en jeu dans la situation (menace, perte, défi...). Dans un deuxième temps le sujet analyse ses capacités et les ressources personnelles, matérielles et sociales dont il dispose pour contrôler (éliminer, atténuer, compenser...) les effets de la situation stressante. Si ces capacités et ces ressources sont insuffisantes, inadéquates ou indisponibles, un processus actif d'adaptation ou d'ajustement est mis en place. Il s'agit du coping qui désigne « *les efforts cognitifs*

et comportementaux, constamment changeants, destinés à gérer les exigences externes et/ou internes spécifiques qui sont perçues comme menaçant ou débordant les ressources d'une personne. » (Cousson et al., 1996, p. 156). Ces efforts d'ajustement auront à leur tour un effet rétroactif sur l'évaluation primaire.

Issu de la théorie cognitive du stress, le coping est un modérateur des processus qui affectent la relation entre un événement stressant et les ressources internes ou externes dont dispose un individu pour faire face. Le coping est un processus transactionnel dont les mécanismes sous-jacents sont objet de différentes déterminations telles que les caractéristiques de l'individu (valeurs, croyances, traits de personnalité, apprentissages) et celles de l'environnement ou de la situation elle-même (nature du problème, sa contrôlabilité, durée). Il s'agit donc d'un processus adaptatif basé sur une interaction entre la personne en question et son environnement. Il met en œuvre des cognitions, affects et comportements, en évaluant la situation problématique pour la surmonter. Par exemple, « *à l'annonce de résultats positifs suite à la biopsie d'une tumeur du sein, une patiente peut élaborer certaines pensées (par exemple distordre la réalité et prétendre que ce n'est qu'un kyste "bénin"), évacuer ces émotions (exprimer la détresse ou sa colère, etc.), essayer d'agir (s'informer, consulter d'autres spécialistes, etc.).* » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 353).

Le coping est un processus spécifique (à une situation quelconque) et constamment changeant (en fonction des évaluations et réévaluations par le sujet de sa relation avec l'environnement) ; il n'est pas donc une caractéristique générale et stable. Ainsi, on ne peut pas dire qu'une stratégie de coping est adaptée ou inadaptée : une stratégie peut être plutôt efficace ou inefficace selon les situations confrontées (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Carver et Scheier, 1999).

7.1.2. Le coping en psychologie de la santé

Le coping représente un concept central de la psychologie de la santé. Cette dernière est une nouvelle discipline de la psychologie. Matarazzo (1984) la définit comme « *l'ensemble des savoirs fondamentaux de la psychologie appliqués à la compréhension de la santé et de la maladie.* » (Koleck, Bruchon-Schweitzer et Bourgeois, 2003, p. 809). Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994) précisent cette définition : « *elle consiste en l'étude des facteurs et processus psychologiques jouant un rôle dans l'apparition des maladies et pouvant accélérer ou ralentir leur évolution.* » (Koleck et al., 2003, p. 809). La psychologie de la santé s'est organisée autour de trois principaux axes :

- la promotion des comportements et styles de vie sains ;
- les différentes maladies, aiguës ou chroniques, envisagées sous l'angle des mécanismes psychosociaux en œuvre, de l'impact du traitement et de la prise en charge des patients (compliance, relation soignant-soigné) ;

- les comportements des malades. Cet axe porte particulièrement sur les stratégies d'adaptation et le coping, la qualité de vie des malades, la gestion du stress et le soutien social.

Cette discipline est fondée sur le modèle transactionnel et multifactoriel de Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994) qui permet d'intégrer différentes variables, étudiées de manière séparées dans les approches antérieures (biomédicale, épidémiologique, psychosomatique). Le modèle transactionnel et multifactoriel, sera présenté avec plus de détails dans la partie empirique.

La psychologie de la santé, en référence au modèle intégratif et multifactoriel, « *prend ainsi en compte le rôle des déterminants classiques de la maladie en s'intéressant aux caractéristiques psychologiques, socio-biographiques et biomédicales du sujet (antécédents) et aux événements de vie aversifs (déclencheurs). Ces différentes variables (déclencheurs et antécédents) constituent les « prédicteurs » de l'état de santé ou de maladie ultérieur qui représentent les « critères » d'ajustement ou de non-ajustement. [...] l'originalité de ce modèle, qui repose sur une conception transactionnelle du stress, réside dans la prise en compte de l'interaction entre l'individu et son environnement : le sujet ne subit pas passivement la situation aversive mais adopte, pour faire face à celle-ci, diverses stratégies perceptivo-cognitives, affectives, comportementales et psychosociales. Ces stratégies, développées en réponse à une situation stressante, peuvent modifier l'impact des antécédents et des déclencheurs et ralentir ou accélérer l'évolution du processus pathogène. C'est pourquoi la psychologie de la santé étudie le rôle médiateur ou modérateur de ces transactions (stress perçu, contrôle perçu, soutien social, coping...).* » (Koleck et al., 2003, p. 810).

Lazarus et Folkman (1984) ont mis en évidence deux fonctions du coping : modifier le problème qui est à l'origine du stress et gérer le stress émotionnel engendré par ce même problème. Ces deux fonctions renvoient respectivement à deux principales stratégies de coping : stratégie orientée vers le problème et stratégie orientée vers l'émotion. Les auteurs signalent que les deux fonctions peuvent être d'utilisation simultanée face à n'importe quel stresser (Hartmann, 2008).

7.2. Stratégies de coping

Classiquement, les stratégies centrées sur le problème et sur l'émotion sont bien reconnues dans la littérature, celle orientée sur la recherche de soutien l'est moins. Seuls certains auteurs la considèrent comme étant une stratégie de coping.

7.2.1. Le coping centré sur le problème

« L'ensemble des efforts comportementaux et cognitifs d'un individu en vue de modifier la situation dans laquelle il se trouve. Cette forme comporte deux aspects essentiels : la confrontation à l'événement qui se traduit par les efforts pour changer la situation, d'une part ; la résolution du problème qui se traduit par la recherche d'un ensemble de moyens (informations, aide) permettant d'atteindre ce but, d'autre part » (Fischer, 2006, p. 122).

7.2.2. Le coping centré sur l'émotion

« L'ensemble des efforts visant à atténuer et à supporter les états émotionnels déclenchés par la situation. Il existe de nombreuses expressions de cette forme de coping : l'évitement (ne plus penser au problème), la distraction, le déni, la dramatisation, etc. Elles sont, la plupart, des processus orientés vers l'action intrapsychique » (Fischer, 2006, p. 122). Lazarus et Folkman ont repéré cinq sous-dimensions du coping centré sur l'émotion :

« - la minimisation de la menace, avec prise de distance (« j'ai fait comme si rien ne s'était passé », « je me suis dit que ce n'était pas si grave », etc.) ;

- la réévaluation positive (« je suis sorti plus fort de cette épreuve », etc.) ;

- l'auto-accusation (« j'ai compris que c'était moi qui avais créé le problème », etc.) ;

- l'évitement-fuite (« j'ai essayé de me sentir mieux en buvant ou fumant » ; « j'ai essayé de tout oublier », etc.) ;

- la recherche de soutien émotionnel (« j'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un », etc.) » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 359).

7.2.3. Le coping orienté vers la recherche de soutien

Face à une affection cancéreuse ou à tout autre événement aversif, l'individu cherche un soutien social ou familial. Selon Bruchon-Schweitzer (2002, p. 359) cette stratégie correspond aux « efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui [...]. Il s'agit de tentatives effectives d'une personne pour obtenir une écoute, des informations, ou encore une aide matérielle. ». Cette stratégie ne doit pas être confondue avec la notion de réseau social ou avec celle de soutien social perçu (ces deux notions seront définies ultérieurement). Avec cette stratégie l'individu est actif, il ne cherche pas simplement à s'intégrer dans un réseau social mais plutôt à être protégé, valorisé ou aidé par autrui (Rascle, 1994).

Ces stratégies peuvent être appelées différemment selon les auteurs. Suls et Fletcher (1985) parlent de coping "vigilant" et de coping "évitant". Bruchon-Schweitzer (2002) retient plutôt un coping "actif" et un deuxième "passif".

Certaines stratégies de coping sont dites spécifiques à certains stressseurs. Généralement, c'est le coping centré sur le problème qui est utilisé dans la confrontation du stress lié à une situation médicale (hospitalisation, intervention chirurgicale, traitement). La recherche d'information, l'esprit combatif et l'observance sont les stratégies les plus marquantes. Une étude de Schmidt (1988) a montré qu'avant une intervention chirurgicale, les malades qui ont cherché des informations et ont développé une stratégie active ont été moins anxieux que ceux qui ont montré une résignation. Ils ont développé moins de sentiments négatifs et ont bien réagi à l'intervention (moins de complications postopératoires), leur durée d'hospitalisation s'est aussi réduite considérablement (Fischer, 2006). Devant un stress lié à une situation plus spécifique, c'est le coping centré sur l'émotion qui est plutôt mobilisé sous forme d'impuissance-désespoir, auto-accusation, évitement émotionnel, évitement cognitif et comportemental, hostilité, etc. A titre d'exemple, chez les malades cancéreux, et pour le coping centré sur le problème, il y a manifestation d'un certain esprit combatif. Pour ce qui est du coping centré sur l'émotion, il y a manifestation de l'impuissance-désespoir, de l'évitement et de la résignation.

En général, le coping centré sur l'émotion est considéré comme moins efficace, pour la raison que ses différentes formes d'expression, telles que la répression des émotions, l'impuissance et la résignation font augmenter la détresse psychique chez l'individu (Terry, 1994).

Différentes taxonomies de stratégies de coping spécifiques aux affections cancéreuses ont été établies. Les stratégies de coping identifiées pour faire face au cancer ainsi sont disparates. Cette variation peut être expliquée au moins par le recours à des méthodes d'évaluations différentes, suite à des définitions variables du coping et par l'interrogation des patients à différents moments de leur traitement. Malgré cette divergence, Cousson-Gélie (2001b, pp. 64-65) a regroupé l'ensemble de ces stratégies en quatre dimensions principales :

« - stratégies centrées sur le problème : la stratégie « esprit combatif » décrite par Walston et al. (1988, 1994) et celle que Dunkel-Schetter appelle « pensées positives » (trouver une nouvelle force, redécouvrir ce qui est important dans la vie...) se rattachent bien à cette catégorie de coping ;

-stratégies d'évitement : elles apparaissent dans toutes les études consultées. Cependant, pour certains auteurs, cet évitement est seulement cognitif alors que pour les autres, il est à la fois cognitif et comportemental (penser et faire autre chose) et parfois même émotionnel (suppression

des affects, type C). Ceci rend confuse la notion d'évitement dont l'unidimensionnalité n'a jamais été démontrée ;

- stratégies de contrôle émotionnel (non expression des émotions, distance) ;

- stratégies centrées sur l'émotion (impuissance-désespoir, préoccupations anxieuses, réactions de stress, fatalisme). »

Selon Roesch et Weiner (2001) il faut impérativement faire une différenciation entre "stratégies de coping" (*coping strategy*) et "résultats du coping" (*coping outcomes*) ou ajustement psychologique. D'ailleurs, selon cette conception, la qualité des stratégies de coping est évaluée par rapport à leur impact sur le degré d'ajustement (ex : se sentir mieux). Les auteurs ajoutent que, généralement, n'importe quel indicateur de la santé physique ou mentale peut représenter un aspect de l'ajustement psychologique ; par exemple, réduction de la détresse psychologique (dépression, anxiété), résolution du problème ou de la situation stressante, maintien d'une bonne estime de soi, etc.

Générales ou spécifiques, certaines stratégies se sont avérées fonctionnelles (généralement celles centrées sur le problème ou actives ou vigilantes), d'autres dysfonctionnelles (celles centrées sur l'émotion ou passives ou évitantes).

7.3. Efficacité, inefficacité des stratégies de coping

Selon Folkman et Lazarus (1984) « *une stratégie de coping est efficace (ou fonctionnelle) si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante et/ou de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique. Ceci implique que l'individu arrive à contrôler ou résoudre le problème, mais aussi qu'il parvienne à réguler ses émotions négatives et notamment sa détresse.* » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 378). Dans l'ensemble, les études indiquent que les stratégies centrées sur le problème sont plus efficaces que les stratégies centrées sur l'émotion (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Bidan-Fortier, 2001). Par exemple, en cas de douleur, les stratégies centrées sur le problème (distraction) sont plus efficaces que celles centrées sur l'émotion (relaxation). Un patient ayant une attitude d'évitement risque d'être plus angoissé avec une recherche excessive d'information (Saltel, Terra et Fresco, 1992).

Selon Fisher (1997), Weissman (1976) a proposé une quinzaine de stratégies de coping face aux maladies du cancer, et il les répartit en stratégies efficaces et stratégies inefficaces. Les stratégies efficaces sont : l'acceptation ouverte de la maladie sans préoccupation excessive, l'acceptation des problèmes qui y sont associés, la recherche de réponses actives, le fait de s'adapter aux circonstances, l'adoption d'un comportement non rigide et le soutien social. En revanche, les

stratégies inefficaces sont : l'évitement, le retrait, la passivité, les passages à l'acte, le repli, l'isolement social et les reproches faits à soi-même ou aux autres.

L'efficacité des stratégies n'est pas systématique, elle est fonction, comme déjà mentionné, des caractéristiques de l'individu (cognitives et conatives) et de celles liées à la situation (gravité, durée, contrôlabilité).

7.4. Les déterminants du coping

7.4.1. Les déterminants dispositionnels du coping

En effet, c'est la façon dont l'individu perçoit et interprète les choses qui détermine la mobilisation de certaines stratégies de coping plutôt que d'autres. Cette perception et interprétation dépendent des caractéristiques cognitives et conatives de chaque individu ainsi que son histoire.

7.4.1.1. Les déterminants cognitifs

Les croyances de l'individu (sur soi, le monde, ses capacités, ses ressources, etc.) ainsi que ses motivations générales (valeurs, buts, intérêts, etc.) sont des déterminants qui influencent l'évaluation de la situation et par conséquent le processus d'ajustement de l'individu. Le LOC est aussi un déterminant : les sujets internes perçoivent du contrôle sur la situation à travers leurs capacités et comportements et vont ainsi avoir recours aux stratégies centrées sur le problème. L'estime de soi, l'auto-efficacité perçue, l'optimisme, l'impuissance apprise et l'attribution causale semblent être aussi des déterminants cognitifs de l'évaluation et du coping (Bruchon-Schweitzer, 2002).

7.4.1.2. Les déterminants conatifs

Certaines dispositions personnelles stables (traits de personnalité) déterminent en partie les processus évaluatifs et d'ajustement face aux situations stressantes ou aversives. C'est ce qui donne d'ailleurs au coping son caractère relativement stable ou une certaine consistance temporelle (Mc Crae, 1992 ; Vollrath, Torgersen et Alnaes, 1995). Certains auteurs parlent même de styles de coping. Le névrosisme, la dépression et l'hostilité prédisent une certaine inefficacité perçue et par conséquent le choix de stratégies de coping orientées vers l'émotion (Pucheu, Consoli, Landi et Lecomte, 2005). Par contre, la résilience, le LOC, le sens de la cohérence, le fait d'être agréable et consciencieux semblent davantage être associé à un coping centré sur le problème. Néanmoins, Folkman et Lazarus (1988) ont souligné que « *les traits de personnalité sont de faibles prédicteurs de la stratégie d'ajustement qui doit beaucoup plus prendre en compte ce que l'individu est capable de faire que ce qu'il est.* » (Senon, Lafay et Richard, 1998, p. 4).

7.4.2. Les déterminants situationnels du coping

Les déterminants situationnels sont divers : nature de la menace, imminence, durée, ambiguïté, contrôlabilité, disponibilité et qualité du soutien social. Nous citons essentiellement la contrôlabilité de la situation et la durée (ex : phase de la maladie, phase de traitement).

Selon Lazarus et Folkman (1984), face à un événement objectivement contrôlable ou perçu ainsi, l'individu utilise des stratégies centrées sur le problème, alors que si l'événement est incontrôlable ou perçu comme incontrôlable, l'individu essaie de recourir à des stratégies centrées sur l'émotion. Une étude de Cohen et Herbert (1996) a révélé un impact inopérant et défavorable d'un coping centré sur le problème chez des malades cancéreux pris dans un état avancé de la maladie, en d'autres termes lorsque la situation n'est plus contrôlable. Pujol, Schraub et Serin (1997) disent que la récurrence chez les malades du cancer pénalise même la réadaptation. D'autres études considèrent que le choix des stratégies du coping dépend du temps qui s'écoule après l'événement stressant (ex : découverte d'une maladie grave). Un coping basé sur une attitude active peut être protecteur au début de la maladie et ne l'est plus au stade terminal. Cette considération nous rappelle d'ailleurs la définition du coping comme processus spécifique et transitoire et non un trait ou un style.

7.4.3. Les déterminants transactionnels du coping

Comme nous l'avons avancé plus haut, le coping est issu d'un modèle transactionnel (Lazarus et Folkman, 1984) où l'évaluation est fondamentale. L'évaluation primaire et secondaire interagissent (un soutien social perçu augmente le contrôle perçu, un fort contrôle perçu réduit le stress perçu, etc.), ce qui détermine le choix de certaines stratégies de coping plutôt que d'autres. Mc Crae (1984) a montré qu'un événement vécu ou perçu comme une perte induit une stratégie de coping centré sur l'émotion, comme le fatalisme, et s'il est perçu comme une menace, il peut réactiver des stratégies comme la minimisation du danger, la réévaluation positive ou la réactivation des croyances religieuses. Si l'événement est perçu comme un défi le sujet peut recourir par exemple à la stratégie de résolution du problème.

Le coping est un processus changeant, fluctuant. Il n'a pas la même nature ni la même intensité le long de la maladie. Le cancer est un stressor particulier qui ne peut se réduire aux souvenirs du traumatisme initial. Le stress persiste pour devenir chronique sous forme de menaces de rechute, de métastase et de mort (Trzepizur, 2008). Les stratégies de coping du patient ayant une affection cancéreuse ne peuvent être que multi-déterminées, entre autres par la nature de la tumeur, les phases de son développement, la cause attribuée à la maladie et le soutien social perçu.

7.5. Différenciation du concept d'autres apparentés

Plusieurs notions apparentées au coping désignent les différentes stratégies psychiques et comportementales déployées par les individus pour faire face à un problème et contrôler ou atténuer son impact. Nous retiendrons essentiellement : les mécanismes de défense et l'adaptation.

7.5.1. Coping et adaptation

Pour Razavi, Delveaux et De Brier (1998), le coping est assimilé à l'adaptation. Pour les auteurs, l'adaptation est définie dans la littérature à travers le concept de coping qui est synonyme de "faire face", de s'adapter. Nous trouvons cette assimilation entre les deux concepts chez Graziani, Hautekète, Rusinek et Servant (2001) qui pensent que l'adaptation est fonction des caractéristiques du sujet, du contexte et de l'interaction entre les deux.

Selon Lazarus et Folkman (1984) « *l'adaptation est un concept extrêmement large, qui inclut toute la psychologie, voire même la biologie. L'adaptation inclut tous les modes de réaction des organismes vivants interagissant avec les conditions changeantes de l'environnement (soit, chez l'homme, la perception, l'émotion, la motivation, l'apprentissage, etc.). En revanche, le coping est un concept beaucoup plus spécifique. S'il inclut aussi diverses réponses d'ajustement chez les individus, il ne concerne que les réactions à des variations de l'environnement perçues comme menaçantes (ou stressantes). De plus, l'adaptation implique des réactions d'ajustement répétitives et automatiques, alors que le coping comprend des efforts cognitifs et comportementaux conscients, changeants, spécifiques et parfois nouveaux pour l'individu et pour l'espèce. Enfin la notion d'ajustement, flexible, est préférée aujourd'hui à celle d'adaptation, notion trop normative et finaliste* » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 355).

7.5.2. Coping et défense

La notion de mécanisme de défense est utilisée, de nos jours, dans deux orientations distinctes. La première est classique, psychanalytique, la deuxième s'est développée dans une perspective de psychopathologie cognitive. Les mécanismes de défense sont « *des processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la prise de conscience des dangers ou des facteurs de stress internes et externes. Souvent, les sujets ne sont pas conscients de ces processus quant ils opèrent.* » (Fischer, 2006, p. 117). Avec cette orientation essentiellement cognitive, les mécanismes de défense sont appréhendés comme des processus cognitifs visant l'adaptation positive à la réalité externe, en vue du bien-être de l'individu. Dans ce sens, le concept de mécanismes de défense tend à recouvrir la notion de coping (Bertagne, 2002).

En revanche, Bruchon-Schweitzer (2002, pp.354-355), pour sa part, a tenté de faire une différence entre mécanisme de défense et stratégie de coping de la façon suivante : « *Un mécanisme de défense est rigide, inconscient, indifférencié, lié à des conflits intrapsychiques et à des événements de vie anciens, il distord généralement la réalité. Sa fonction est de maintenir l'angoisse à un niveau tolérable. Une stratégie de coping est flexible, consciente, différenciée (spécifique par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre individu et environnement, elle est orientée vers la réalité (interne ou externe). Sa fonction est de permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou supporter les perturbations induites par cet événement (ou par cette situation). Les stratégies de coping se différencient peu à peu des mécanismes de défense, notamment parce que ce sont des tentatives conscientes (volontaires) pour affronter des problèmes actuels (ou récents).* »

7.6. Mesure et instruments de mesure du coping

Des instruments ont été développés pour mesurer soit les stratégies générales de coping (CISS d'Endler et Parker, 1990 ; WCC de Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro et Becker, 1985) soit les stratégies spécifiques (CHIPS d'Endler, Parker et Summerfelt, 1998). D'autres ont été conçus pour mesurer le coping chez des populations plus spécifiques (enfants, adolescents, instituteurs) tels que le LECI de Dize-Lewis (1988), le questionnaire de copains pour les enseignants du premier degré de Dewe (1985). Certains outils évaluent le coping en tant que facteur stable (trait de la personnalité), on parle de coping dispositionnel ou styles de coping (ex : la CISS), d'autres en tant qu'état situationnel ou médiateur (ex : la WCC où le coping est considéré comme une transaction entre individu et environnement).

Selon Bruchon-Schweitzer (2002, p.377), certaines limites caractérisent les outils disponibles du fait que le domaine de recherche sur le coping est relativement récent. « *Outils fondés soit sur une démarche inductive, soit une démarche déductive ; évaluation soit du coping-trait, soit du coping-état ; évocation de stressseurs plus souvent artificiels que réels ; mesure soit de facteurs de premier ordre, soit de facteurs généraux. [...] En outre, le coping est une variable processuelle, déterminée en partie par les caractéristiques de la situation, caractéristiques variables d'un échantillon à l'autre et d'un outil à l'autre. Certains auteurs s'intéressent à des facettes très spécifiques du coping, d'autres à des méta-stratégies.* ». Nous pouvons ajouter, dans le même sens, que le facteur temps peut avoir un effet déterminant sur les stratégies de coping et sur leur efficacité. Ainsi, un malade peut avoir recours à différentes stratégies de coping au cours de l'évolution de son état de santé. En dépit de ces critiques, deux stratégies générales et

fondamentales de coping sont à retenir : le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion.

Certains auteurs ont opté pour une autre stratégie distincte des deux premières : celle de recherche de soutien (Folkman et Lazarus, 1985 ; Vitaliano et *al.* 1985 ; Cousson, Bruchon-Schweitzer, Quintard, Nuissier et Rasclé, 1996). Si Parker et Endler (1992) pensent que le soutien est une source dont peut bénéficier le sujet, Greenglass (1993) considère que « *la recherche de soutien social implique le fait de solliciter et d'obtenir l'aide d'autrui. Il s'agit bien dans ce cas d'une stratégie de coping élaborée par le sujet.* » (Cousson et *al.* 1996, p. 157). Nous confirmons bien l'idée que la recherche de soutien représente une stratégie de coping du fait qu'elle renvoie directement à la définition même du coping en tant qu'ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux déployés pour gérer des situations perçues comme stressantes.

7.7. Recherches réalisées sur le coping

Au regard de l'abondante littérature qui a porté sur le concept de coping, il convient de souligner que ce dernier a été étudié soit en tant que prédicteur (facteur déterminant par ses effets directs ou indirects) de la santé de l'individu, de sa qualité de vie, etc., soit en tant qu'issue adaptative déterminée par de multiples facteurs.

Dans cette partie consacrée aux recherches et études antérieures, nous essayons de voir les effets du coping sur différentes sphères de la vie de la personne (travail, santé, qualité de vie, etc.). Nous nous intéressons davantage aux études qui ont mis en évidence l'effet de certaines variables (LOC, SSP, optimisme, religiosité-spiritualité, SEP, CMJ, etc.) déterminant le coping des malades, en particulier ceux ayant une affection cancéreuse.

Dans le domaine professionnel le coping centré sur le problème protège du *burnout* alors que celui centré sur l'émotion est lié à davantage de dépression (Mikkelsen et Einarsen, 2002). D'après une étude de Rasclé (2000) auprès de 145 employés ayant subi une mutation professionnelle, ceux utilisant un coping évitant sont plus anxieux et insatisfaits (Bruchon-Schweitzer, 2001). Quand à la stratégie orientée vers la recherche de soutien, elle semble être fonctionnelle. Elle modère les effets nocifs de la surcharge de travail des médecins généralistes et contribue à leur satisfaction professionnelle (Bruchon-Schweitzer, 2001). Pour ce qui est des facteurs qui peuvent déterminer le coping face au stress professionnel, et selon la même étude de Rasclé (2000) citée précédemment, il s'est avéré que ce n'est pas la mutation en elle-même, mais des variables comme le stress perçu et le soutien social perçu, qui ont un effet sur le non-ajustement professionnel des salariés (anxiété, insatisfaction, absentéisme). Dans leur étude qui a porté sur l'ajustement des enseignants français,

Laugaa et Bruchon-Schweitzer (2005) ont montré que ceux qui se perçoivent comme auto-efficaces adoptent des stratégies de résolution de problème plus que les autres.

Le coping est largement appliqué à la santé et aux maladies, en particulier le cancer, qui s'éloigne petit à petit de son caractère fatal pour se représenter davantage en tant que maladie chronique à laquelle on fait face et on s'adapte. Les patients séropositifs recourent à trois stratégies de coping (Bidan-Fortier, 2001). Celles centrées sur le problème (combativité, adhésion thérapeutique, recherche d'informations, recherche de soutien), celles centrées sur l'émotion (impuissance-désespoir, fatalisme, dramatisation) et le coping évitant (éviter cognitif et émotionnel). Les stratégies centrées sur le problème sont corrélées à une moindre détresse et une meilleure qualité de vie. Par contre, celles évitantes et celles liées à l'émotion sont corrélées avec une aggravation des problèmes psychologiques. Les sujets qui ont utilisé la stratégie "pessimiste-fataliste" ont survécu moins longtemps que les autres (Bidan-Fortier, 200). Ceux qui ont recouru à l'impuissance ont une évolution défavorable de leur cancer (Cousson-Gélie, 2001).

Les effets protecteurs du coping centré sur le problème chez les cancéreux sont mis en évidence. Selon Boehmer, Luszczynska et Schwarzer (2007), un coping actif chez des patients ayant différents cancers (gastrique, côlon, poumons) est corrélé positivement à l'acceptation des traitements post-chirurgicaux, le changement de style de vie, le recadrage positif et la recherche d'informations. Ces comportements aident les malades à mieux gérer leur détresse. Cependant, Cousson-Gélie (1997) a trouvé dans son travail de thèse que le coping centré sur le problème a un effet négatif sur la qualité de vie ultérieure (à deux ans) des patientes atteintes de cancer du sein. Il semble que ce type de coping n'a d'effet bénéfique sur la qualité de vie des patients cancéreux qu'à très long terme (Greer, Morris, Pettingale et Haybittle, 1990). Bruchon-Schweitzer explique ce résultat par le caractère évolutif et lent de la maladie où les efforts du patient n'ont d'effets tangibles ni à court ni à moyen terme (Bruchon-Schweitzer, 2002). Pour ce qui est du coping centré sur l'émotion, Bruchon-Schweitzer et Quintard (2001) ont trouvé que ce dernier s'avère dysfonctionnel chez les personnes présentant une maladie chronique et lourde (cancer, VIH, etc.). Manuel, Roth, Keefe et Brantlev, (1987) ont trouvé que l'évitement chez des cancéreux est associé à une détresse psychologique après deux mois du diagnostic. Le même résultat est observé chez des patientes avec un cancer du sein qui ont eu recours à l'évitement durant la période de traitement.

Parmi les déterminants du coping nous citons les attributions causales. Selon Roesch et Weiner (2001), en général, les individus qui expliquent leur maladie par une cause interne, instable et contrôlable utilisent souvent un coping actif et s'ajustent mieux à leur situation. Ceux qui avancent une explication causale externe soit-elle ou interne, stable et incontrôlable ont davantage recours à la stratégie d'évitement et s'ajustent mal à leur situation. De telles attributions

(externes/internes, stables et incontrôlables) mènent à la résignation (*helplessness*), à la démotivation cognitive et comportementale (ne pas chercher de solutions..) et par conséquent à un ajustement négatif. Les auteurs précisent, qu'en revanche, la contrôlabilité de la cause est directement liée à l'ajustement. Taylor et Brown (1988) soutiennent cette idée et pensent que l'optimisme irréal et la perception exagérée de contrôle de la situation sont associés à un ajustement positif.

D'après l'étude de Pucheu et *al.* (2005), le sexe joue un rôle sur l'adaptation des malades cancéreux. La détresse émotionnelle est plus importante chez les femmes. De plus, les sujets plus âgés, avec cancer du côlon, présentent plus de difficultés d'adaptation dans le domaine professionnel, relations sexuelles et vie sociale. La sévérité réelle de l'atteinte joue aussi un rôle sur l'adaptation à la maladie cancéreuse et chronique. Par contre, Pucheu et ses collaborateurs (2005) ont trouvé que le niveau d'études, plutôt élevé de leurs sujets, n'a pas d'effet sur leur adaptation.

Un autre déterminant personnel qui peut influencer le choix des stratégies de coping est le LOC. Les individus ayant un LOC interne sont plus motivés pour adopter des stratégies préventives et s'engager dans des activités qui peuvent promouvoir, ou au moins maintenir, leur fonctionnement quotidien (Gruber-Baldini, Ye, Anderson et Shulman, 2009). Selon Brosschot, Gebhardt et Godaert (1994) les individus (ex : vieillards, paranoïaques) qui pensent que leur santé est contrôlée par des personnes puissants (*Powerful others*) sont généralement disposés à utiliser des stratégies de coping passif (éviter, réaction dépressive, non-résolution du problème). Ce résultat vient confirmer ceux plus anciens de Levenson (1981) et Beck (1979). Les auteurs ajoutent que les sujets dont le LOC est orienté vers la chance recourent à des stratégies de coping passif et ont un ajustement négatif (alcoolisme, dépression). Un LOC interne est corrélé avec un coping actif (expression de sa colère, évaluation positive des événements de la vie) : Marks, Richardson, Graham et Levine (1986). Ainsi, les malades souffrant de cancer ayant un LOC interne sont moins dépressifs (Brosschot et *al.*, 1994).

L'optimisme en tant que caractère personnel semble aussi déterminer le choix des stratégies de coping. Les optimistes (Carver, Scheier, et Segerstrom, 2010 ; Scheier, Carver et Bridges, 2001) recourent davantage à un coping actif et les pessimistes apparaissent avec un coping passif (éviter). Par conséquent, les optimistes qui utilisent le coping actif s'ajustent mieux que les pessimistes (Solberg Nes et Segerstrom, 2006 ; Pucheu et *al.*, 2005 ; Matthews et Cook, 2009 ; Roesch et Weiner, 2001). Selon Scheier, Matthews, Owens, Magovern, Lefebvre et Abbott (1989), avant une chirurgie pour pontage coronaire, les patients optimistes ont révélé qu'ils ont préparé un plan d'action avec des objectifs à atteindre dans le futur afin de se rétablir. Par contre, un fort degré de détresse psychique pré-opératoire a été détecté chez des patientes pessimistes ayant un cancer du

sein (David, Montgomery et Bovbjerg, 2006). Après l'opération coronarienne, les optimistes se sont montrés plus observants et d'une meilleure qualité de vie même après six mois. L'étude de Schou, Ekeberg et Ruland (2005), réalisée auprès de femmes sous traitement pour un cancer du sein, a révélé que les optimistes ont essayé de se confronter à leur cancer et de le battre (coping actif), ce qui a mené à une meilleure qualité de vie pour elles. Une telle stratégie est associée, en particulier, à un meilleur bien-être émotionnel chez les patientes cancéreuses (Matthews et Cook, 2009).

La relation entre le SEP et le coping ou l'ajustement psychologique a été illustrée dans plusieurs études. Des corrélations positives ont été retenues entre le SEP et l'humeur, et entre le SEP et la qualité de vie chez des patients cancéreux (Cunningham, Jenkins, Edmonds et Lockwood, 1991). Même avec un cancer avancé, les patients ayant un sentiment d'efficacité élevé ont moins de détresse émotionnelle et un meilleur ajustement psychologique (Hirai, Suzuki, Tsuneto, Ikenaga, Hosaka et Kashiwagi (2002). Plus les patients souffrants de cancer gastro-intestinal et de cancer du côlon se perçoivent comme efficaces, plus ils s'engagent dans un coping actif et centré sur le problème. Ils ont un meilleur bien-être physique, émotionnel et social après une chirurgie de la tumeur (Boehmer et al., 2007). Il ressort de ces études que les individus qui ont confiance en leurs capacités pour gérer les situations et une conviction qu'ils peuvent y exercer un contrôle (se sentent donc efficaces) s'ajustent mieux et mènent une vie plus saine.

L'ajustement des patients varie en fonction de plusieurs facteurs dont le SSP. Les études ont révélé qu'un fort SSP est associé à un esprit combatif, à un meilleur ajustement émotionnel face au cancer, à davantage d'espoir et à une bonne humeur. Un fort SSP est aussi corrélé négativement avec le fatalisme (Hot et Stanton, 2011 ; Zhou, Frank, Penedo, Bustillo, benedict, Rasheed, Lechner, Soloway, Kava, Schneideman et Antoni, 2010 ; Cicero, Lo Coco, Gullo et Lo Verso, 2009). Les auteurs précisent que le SSP apporté par les amis (soutien instrumental, informationnel et émotionnel en particulier) est associé à une tendance chez les patients à considérer le cancer comme un défi et à un rôle actif pendant les traitements et le rétablissement. Devine, Parker, Fouladi et Cohen (2003) suggèrent que le soutien social a un effet atténuant la relation négative entre les pensées intrusives/évitement et l'ajustement psychologique. Un pauvre ajustement chez des sujets cancéreux peut être le résultat d'un soutien qui ne correspond pas aux besoins du patient (Boehmer et al., 2007 ; Reynolds et Perrain, 2004 ; Mallinckrodt, Armer et Heppner, 2012) : « *Un soutien affectif trop prononcé risque de paralyser pour entreprendre une action et même de diminuer les systèmes de défense face à la maladie.* » (Tousignant, 1988, p. 81).

Pour sa part, la religion/spiritualité semble avoir des effets salutaires sur la santé (Rippentrop, 2005). Plusieurs études effectuées auprès de patients souffrant de douleurs différentes telles que des plaintes musculo-squelettiques comme le mal de dos et l'arthrite (Abraido-Lanza, Vasquez

et Echeverria, 2004 ; Cronan, Kaplan, Posner, Blumberg et Kozin, 1989 ; Bill-Harvery, Rippey, Abeles, Donald, Downing, Ingenito et Pfeiffer, 1989), des lombalgies chroniques (Turner et Clancy, 1986 ; Rosenstiel et Keefe, 1983), ou encore des maux dentaires (Wachholtz et Sambamoorthi, 2011), ont révélé que l'engagement religieux et spirituels (surtout la prière) représente un moyen de faire face à la douleur physique et même psychique. Ce coping religieux est associé à un meilleur ajustement psychologique. Certains auteurs supposent que les effets de la religion sur la santé sont indirects. Le coping religieux augmente l'acceptation de la maladie et l'auto-efficacité du patient, ce qui conduit à moins de douleur et de dépression et à un meilleur bien-être psychologique (Smith, Wallston, Dwyer et Dowdy, 1997). Chez des sujets atteints de cancer du sein (Cousson-Gélie, Bruchon-Schweitzer, Dilhuydy, Irachabal et Lakdja, 2005), le contrôle religieux, encore peu étudié en France, est corrélé négativement avec le stress perçu. D'ailleurs, une étude plus récente (Gall, Guirgui-Younger, Charbonneau et Florack, 2009) a montré que le recours au coping religieux est plus fort dans les situations de stress continu et intense. Ross et ses collaborateurs ont trouvé que 70% des survivants du cancer ont prié pour leur santé (Ross, Hall, Fairley, Taylor et Howard, 2008).

Lipkus, Dalbert et Siegler (1996) ont trouvé que généralement les individus ayant une forte croyance en un monde juste (CMJ) manifestent un meilleur coping que ceux ayant une faible CMJ. Janoff-Bulman et Wortman (1977) ont montré que les sujets ayant vécu un grave accident de la route et croyant qu'ils étaient des victimes d'injustice s'adaptent difficilement à leur handicap. Agrawal et Dalal (1993) ont montré aussi que la CMJ améliore l'humeur et permet un rétablissement plus rapide de la maladie.

Maintes études ont donc mis en évidence que le coping se trouve déterminé par des variables personnelles comme contextuelles. Il est aussi avéré que le coping a des effets directs et/ou indirects sur l'état de santé de l'individu. Néanmoins, les effets rétroactifs du coping (permettant des réévaluations) selon le modèle transactionnel (Lazarus et Folkman, 1984) restent moins étudiés.

7.8. Conclusion

Face à une situation stressante ou perçue ainsi, la personne, loin de la subir passivement, fournit une palette de stratégies (émotionnelles, cognitives et comportementales) pour y faire face. D'après l'ensemble des études, nous retenons qu'une stratégie ne peut pas être efficace en soi : elle dépend des données personnelles (caractéristiques du sujet) et de celles de la situation en question, et notamment des processus de transaction qui les régissent.

CHAPITRE 3. Modèle intégratif et explicatif de l'ajustement psychologique des malades cancéreux tunisiens

En plus de la littérature, la période de deux semaines que nous avons passée au CHU Farhat HACHED à Sousse, dans l'objectif de nous familiariser au service de médecine carcinologique (salles de soins et traitements, interactions entre patients, soignants et proches, etc.) avant de commencer notre étude de terrain proprement dite, nous a révélé que l'ajustement psychologique des malades cancéreux ne peut être déterminé que par une multiplicité de facteurs (perception de contrôle, SEP, assistance médicale, soutien des proches, etc.). Une telle diversité ne peut être démontrée et comprise qu'à l'intérieur d'un modèle théorique. Deux modèles, qui ont marqué et marquent encore aujourd'hui la psychologie de la santé, nous ont inspiré dans l'élaboration d'un modèle propre à l'expérience de la maladie cancéreuse chez les tunisiens. Il s'agit du modèle

transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) et du modèle intégratif et multifactoriel de Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994) cités ci-dessus.

En effet, ces deux derniers modèles sont considérés comme les plus prédictifs et explicatifs de la santé comme de la maladie. Ces modèles sont les plus interactifs et suivent un schéma dynamique (antécédents, processus médiateurs, critères) bien établi. Ils valorisent les transactions et les effets (directs, indirects, etc.) qui régissent les facteurs en question : de multiples facteurs, de natures différentes, souvent étudiés séparément, sans se rendre compte de leurs effets complémentaires et synergiques.

Si le modèle transactionnel valorise les transactions entre l'individu et son environnement, le modèle intégratif et multifactoriel met essentiellement l'accent sur les antécédents. Le modèle intégratif et multifactoriel est une reprise du modèle transactionnel ayant le mérite d'être plus intégratif, comme l'indique son nom. Avec ce modèle, les antécédents sont plus intégrés dans les processus transactionnels. Ces antécédents (environnementaux, socio-démographiques, individuels, psychosociaux et biologiques) contribuent ainsi à l'explication des critères. Ils ont un effet principal (direct) et des effets d'interaction sur la santé physique et/ou psychique de l'individu. Cet intérêt pour les antécédents ou prédicteurs est aussi noté dans l'application du modèle à cette étude, ce sur un plan conceptuel et processuel qui sera expliqué en détail un peu plus loin.

Cet essai de modélisation suit un schéma théorique général allant des prédicteurs pour arriver aux stratégies d'ajustement psychologique (ou coping) en tant qu'issues, tout en passant par un ensemble de processus médiateurs. La figure du modèle est présentée à la fin de ce chapitre. (Figure 9)

1. Composantes du modèle intégratif et explicatif de l'ajustement psychologique des malades cancéreux tunisiens

Nous avons repris certains facteurs (ex : CP, SSP, SEP, coping, etc.) qui ont été traités dans les modèles cités ci-dessus et dont l'effet prédictif et déterminant sur les critères de santé (initiation d'une pathologie, son aggravation, bien-être, qualité de vie) est bien établi (Gustavsson-Lilius, Julkunen et Hietanen, 2007 ; Park, Edmondson, Fenster et Blank, 2008 ; Bernardon, Babb, Hakim-Larson et Gragg, 2011). Nous avons enlevé certains autres facteurs (ex : stress perçu, activation physiologique, etc.). Au fait, le stress perçu est une variable fondamentale dans un modèle conçu spécialement pour expliquer le stress, c'est une variable fort déterminante des issues de santé. Cependant, cette variable n'est pas présente dans le modèle intégratif et explicatif de l'ajustement psychologique des cancéreux tunisiens. Nous considérons la maladie du cancer comme événement de vie stressant par défaut. Nous pensons que l'étude de plusieurs autres variables (attributions

causales, sentiment de responsabilité, LOC interne et externe, etc.) dans la phase évaluative des processus transactionnels sera plus pertinente que celle de "stress perçu". Certains autres facteurs ont marqué leur entrée dans le modèle intégratif et explicatif de l'ajustement psychologique des malades cancéreux, ils sont soit des prédicteurs soit des médiateurs (ex : coping religieux, attributions causales, sentiment de responsabilité).

1.1. Facteurs prédictifs

Pour ce qui est des prédicteurs, il s'agit de prédicteurs sociodémographiques (âge, sexe et niveau socio-culturel), médicaux (ou particularités de la maladie : nature, type, phase et gravité) et socio-environnementaux (proches de la personne malade et infirmiers soignants).

1.1.1. Les prédicteurs socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques ont été étudiées dans les études épidémiologiques, psychologiques, sociologiques, etc. Au sein des modèles causaux, leur effet sur les issues est modéré par les médiateurs. Nous avons choisi, parmi plusieurs variables, l'âge, le sexe et le niveau socio-culturel. Nous pensons que de telles données ont des effets sur les mécanismes adaptatifs de l'individu face à une maladie grave et fatale. Ainsi, l'ajustement d'une jeune femme ayant un cancer du sein *versus* une femme âgée peut être différent. En outre, un patient cancéreux ayant un niveau socio-culturel élevé, médiatisé par d'autres facteurs (LOC interne, attributions causales...), peut élaborer des stratégies de coping plus fonctionnelles qu'un patient d'un niveau socio-culturel bas.

1.1.2. Les prédicteurs médicaux

La modalité "particularités de la maladie", avec ses indicateurs (nature, type, phase et gravité) n'est pas un trait personnel ni une caractéristique démographique, pas plus qu'un déterminant environnemental. Elle représente la maladie, événement autour duquel se déroulent toutes les transactions entre la personne malade et son environnement. Cette recherche vise à déceler les stratégies de coping des patients cancéreux tunisiens ainsi que leurs mécanismes sous-jacents. Certains paramètres comme le type de cancer, sa nature, la phase d'évolution et son degré de gravité peuvent déterminer, directement ou avec l'effet modulateur de certaines autres variables, de manière non négligeable, les issues adaptatives de ces malades.

1.1.3. Les prédicteurs socio-environnementaux

Dans cette application du modèle intégratif et explicatif de l'ajustement des malades tunisiens au cancer, la perception de l'individu de sa maladie (représentation, causes, évolution, etc), bien qu'elle ait une valeur prédictive des critères de sa santé (bien-être, qualité de vie, complication, récurrence, etc), ne doit pas faire oublier la perception d'autrui : cette dernière importe aussi dans les processus explicatifs inhérents à la maladie comme à la santé de l'individu. Du fait que la maladie représente un vécu personnel mais largement partagé, nous avons introduit dans cette modélisation une nouvelle variable qui est la "perception d'autrui". Nous considérons cette variable comme un prédicteur qui peut aussi expliquer les processus adaptatifs des malades. Proches et infirmiers représentent l'environnement social du malade. Il s'agit de personnes bien significatives par leur présence et accompagnement le long d'un parcours "interminable" et dur, à côté de la personne malade.

Les proches, par leurs représentations de la maladie et de ses causes, que le patient partage avec eux ou non, peuvent déterminer dans un premier temps son contrôle perçu et son sentiment de responsabilité, et dans un deuxième temps son choix de certaines stratégies de coping plutôt que d'autres. L'infirmier, comme le patient, a une perception des possibilités de contrôle de l'évolution de la maladie ainsi que des stratégies de coping. Cette perception peut avoir un effet de "*modeling*" sur l'ajustement psychologique du patient.

Les prédicteurs personnels, médicaux et socio-environnementaux apportent beaucoup à la prédiction et à la compréhension des critères de santé. Nous reprochons aux modèles transactionnels leur valorisation et leur intérêt pour des variables basées sur la perception subjective et l'auto-évaluation sans se rendre compte des facteurs socio-environnementaux et culturels. Les prédicteurs personnels, médicaux et socio-environnementaux peuvent avoir un effet synergique mais aussi séparé sur l'ajustement psychologique de la personne malade. Cet effet peut être direct comme indirect et alors transiter par diverses variables médiatrices et/ou modératrices. (Figure 9)

1.2. Processus médiateurs

1.2.1. Variable médiatrice

La variable médiatrice "contrôle perçu", avec ses différentes dimensions (LOC internes et externes, optimisme, sentiment d'efficacité personnelle et soutien social perçu) sera expliquée en détail dans ce qui suit.

Le contrôle perçu (CP) est une variable qui a marqué sa forte présence dans les processus transactionnels (Lazarus et Folkman ; Bruchon-Schweitzer). L'individu fait une estimation de ses

ressources personnelles favorables à la maîtrise des événements de sa vie. Les études menées montrent que le CP est un facteur protecteur, modère la douleur chez les lombalgiques, contribue à l'amélioration de l'état fonctionnel des diabétiques, cancéreux et séropositifs (Bruchon-Schweitzer et al. 2001). Dans notre approche, l'optimisme, le sentiment d'efficacité personnelle (SEP), le *Locus of control* (LOC) ainsi que le soutien social perçu (SSP) représentent les quatre composantes du CP. L'effet de telles variables a été bien étudié et établi dans la prédiction de divers critères de santé.

1.2.2. Variables modératrices

Des variables modératrices, à côté des médiatrices, marquent les processus transactionnels dans ce modèle. Il s'agit des attributions causales et du sentiment de responsabilité des patients.

Toute attribution causale est une réinterprétation du réel. L'individu, en attribuant une cause à sa maladie, essaye de lui trouver une (des) explication (s). Il cherche à comprendre pourquoi un événement a eu lieu, en vue d'un contrôle éventuel qui, dans une certaine mesure, détermine son coping. Les attributions causales internes et externes des malades semblent avoir un effet modérateur de l'impact des prédicteurs sur leurs issues adaptatives.

De ces attributions internes et externes émises par les malades découlent des sentiments de responsabilité (se sentir responsable, partiellement responsable, irresponsable) dans la survenue de la maladie. Nous pensons que l'ajustement du patient qui ressent une certaine responsabilité sera différent (fonctionnel/infonctionnel) de celui qui ne développe aucun sentiment de responsabilité envers son atteinte. L'effet des prédicteurs sur l'élaboration de différentes stratégies de coping peut être modéré par le développement ou pas d'un sentiment de responsabilité.

Plusieurs facteurs de natures différentes (psychologique, cognitif, socio-culturel) ont été occultés dans les recherches précédentes. La présente application les inclut dans les processus transactionnels sous-jacents et cherche leurs effets séparés sur l'ajustement psychologique des malades cancéreux tunisiens.

1.3. Issues adaptatives

L'ajustement psychologique représente les issues dans cette modélisation. L'ajustement ou le coping est centré, dans cette recherche et comme dans la plupart des études antérieures, sur trois grandes stratégies: centrées sur le problème, sur l'émotion et sur la recherche de soutien social.

2. Mécanismes explicatifs (ou transactions) dans le modèle intégratif et explicatif de l'ajustement psychologique des malades cancéreux

Si l'apport conceptuel de cette modélisation est bien établi, son apport fonctionnel reste à démontrer, rejoignant l'idée de Bruchon-Schweitzer selon laquelle « *il s'agit pour chaque pathologie particulière (les cancers par exemple) de formuler des hypothèses vérifiables concernant non seulement la nature et le niveau des différents facteurs en jeu, mais aussi leur place dans une chaîne d'imputations causales (depuis les antécédents jusqu'aux issues), qui implique des séquences temporelles (toute maladie est une genèse), ainsi que les relations de ces facteurs (effets principaux ou directs, effets d'interaction avec intervention de variables modératrices, effets indirects transitant par des variables médiatrices, effets en boucle avec rétroaction, etc.* » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.87-88). Le modèle intégratif et explicatif de l'ajustement psychologique des malades cancéreux tunisiens fonctionne selon le même principe d'imputations causales et de processus transactionnels que le modèle intégratif et multifactoriel (Bruchon-Schweitzer et Dantzer) ; il s'en différencie essentiellement en ce qui concerne la place des différents facteurs. Nous précisons dans ce qui suit la place de l'ensemble des facteurs.

2.1. Place des facteurs

2.1.1. Prédicteurs

Nous préférons le terme "prédicteurs" (ou déterminants) au terme "antécédents" parce que nous sommes dans le cadre d'une étude transversale. En outre, certains déterminants tels que les déterminants socio-environnementaux peuvent être présentés en tant que prédicteurs mais pas en tant qu'antécédents. Nous avons ainsi des:

- déterminants socio-démographiques (ou personnels) : âge, sexe, niveau socio-culturel ;
- déterminants médicaux : particularités de la maladie (nature, type, phase et gravité) ;
- déterminants socio-environnementaux (*proches* : représentation et causalité attribuée de la maladie ; *infirmiers* : contrôle perçu et stratégies de coping).

2.1.2. Médiateurs

- Variables médiatrices : contrôle perçu (CP) composé du LOC (interne et externe), de l'optimisme, du SEP et du SSP.
- Variables modératrices : attributions causales du cancer et sentiment de responsabilité.

2.1.3. Issues

Elaboration de stratégies de coping centrées sur le problème, sur l'émotion et sur la recherche de soutien social.

2.2. Transactions

Le modèle intégratif et explicatif de la maladie cancéreuse appliqué aux malades tunisiens envisage la relation entre l'individu et son environnement (perçu et social) dans un processus transactionnel où ils se modifient réciproquement. C'est une compréhension de la maladie dans un contexte plus large où la personne malade est en interaction continue avec son environnement dans le but de s'y ajuster.

Sur un plan transactionnel, tout comme dans le modèle intégratif et multifactoriel de Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994), cet essai de modélisation se distingue par ses facteurs prédictifs. Avec ses trois modalités (déterminants personnels, médicaux et socio-environnementaux) la variable "facteurs prédictifs" devient plus interactive et transactionnelle avec le reste des variables (médiatrices et modératrices). Elle participe activement aux processus transactionnels sous-jacents et n'est plus considérée comme une variable qu'on doit simplement contrôler.

Nous suggérons que les effets des prédictifs peuvent être directs (ou principaux) et indirects en transitant alors à travers diverses variables modulant leurs effets sur les issues. En outre, de tels prédictifs sont régis par plusieurs relations (ex : les déterminants personnels influent sur ceux environnementaux, mais pas le contraire). Enfin, l'effet de ces déterminants peut être séparé ou synergique et coordonné. (Figure 9)

Afin d'expliquer les processus transactionnels qui régissent les différentes variables, il semble fondamental de définir et de différencier ce que sont une variable médiatrice et une variable modératrice.

2.2.1. Rôle de la variable médiatrice

Selon Baron et Kenny (1986) « un médiateur décrit un processus à travers lequel la variable indépendante est susceptible d'influencer la variable dépendante. Dans ce cas, la variable indépendante est à l'origine du déclenchement de l'action d'un médiateur ou de son intensité, qui lui-même influence la réponse (variable dépendante). Par contraste, un modérateur est plutôt une variable de nature qualitative (sexe, race, contexte...) ou quantitative (niveau de revenu...) affectant la direction ou l'intensité de la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante » (Rasle et Irachabal, 2001, p.99). En revanche, Muller, Judd et Yzerbyt (2005)

estiment que « la médiation a pour objet les mécanismes responsables de la relation entre la variable indépendante et dépendante » (Hartmann, 2007). Dans le même sens, Brauer (2000) propose sa définition de la variable médiatrice : « Une variable médiatrice (*M*) est une variable qui intervient entre la variable indépendante (*X*) et la variable dépendante (*Y*) de sorte que la variable indépendante exerce un effet sur la variable médiatrice et la variable médiatrice exerce un effet sur la variable dépendante. L'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante est indirect car il est transmis par la variable médiatrice. Si l'on « éliminait » l'effet de la variable médiatrice, on n'observerait plus de relation entre la variable indépendante et la variable dépendante. Cette médiation « complète » suppose quatre conditions : (1) *X* a un effet sur *Y*, (2) *X* a un effet sur *M*, (3) *M* a un effet sur *Y* si on contrôle statistiquement l'effet de *X* sur *Y*, (4) l'effet de *X* sur *Y* disparaît si l'on contrôle statistiquement l'effet de *M* sur *Y*. Dans le cas de la médiation partielle, la quatrième condition n'est pas remplie car il existe alors un lien causal entre *X* et *Y*, une partie seulement de l'effet de *X* étant médiatisée par *M* » (Hartmann, 2007, p46).

Dans le même sens, Wills Thomas et O'Carroll Bantum. (2000) suggèrent trois types d'effet entre le soutien social et la santé (voir figure 9) : « (A) un modèle d'effet direct dans lequel le soutien est un prédictor directement lié aux effets bénéfiques sur la santé ; (B) un modèle d'effet indirect dans lequel l'effet du soutien social est médiatisé par une variable intermédiaire dont l'effet médiateur est total (*fully mediated effect*) ; (C) un modèle d'effet indirect dans lequel l'effet du soutien social est médiatisé par une variable intermédiaire dont l'effet médiateur est partiel (*partially mediated effect*). Les auteurs précisent que des effets cumulés entre effet direct et indirect sont possibles et que dans tous les cas, le soutien est lié à une meilleure santé » (Hartmann, 2007, p, 46).

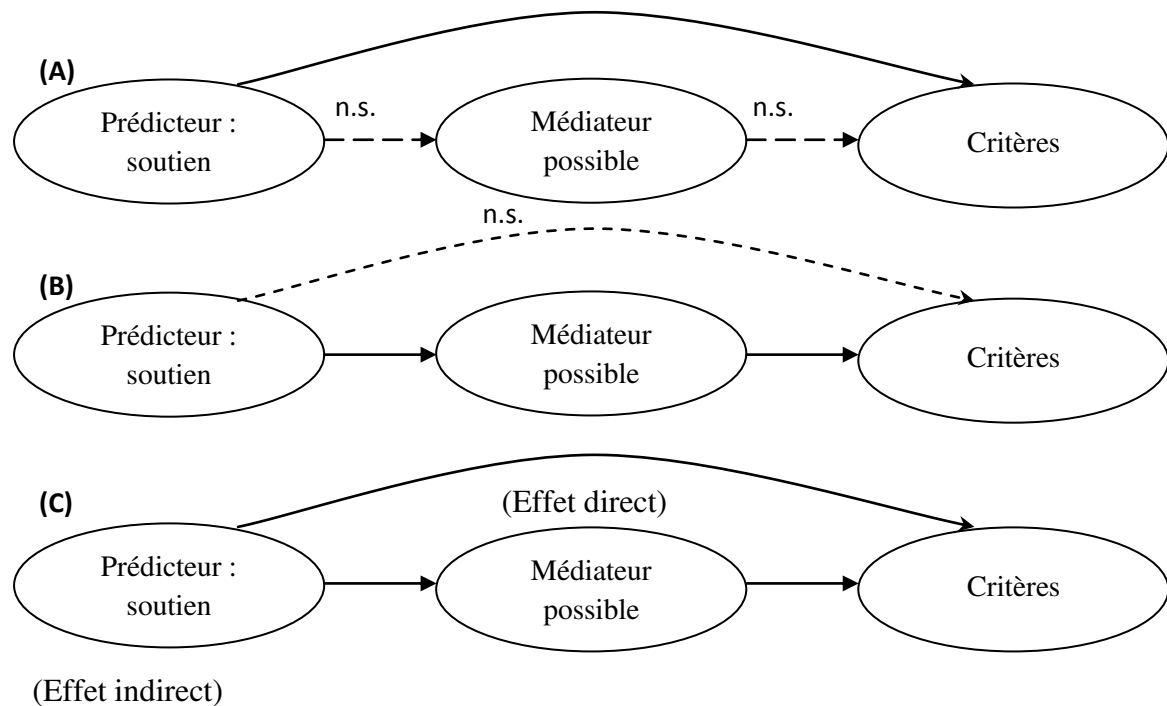


Figure 9 : Illustration des différents types de relations entre soutien social et santé
(traduit d'après Wills et Fegan, 2001, p. 213)
(Hartmann, 2007, p.47)

Nous optons pour la conception de la médiation partielle de Brauer (2000) dans le traitement de la variable médiatrice, à savoir le contrôle perçu (CP). Nous suggérons que les déterminants personnels, médicaux ainsi que socio-environnementaux des sujets malades ont un effet indirect transmis par diverses variables modulant leurs effets sur les issues. Ainsi, de tels prédicteurs (VI) exercent un effet sur le contrôle perçu (VM) qui exerce à son tour un effet sur le choix de stratégies de coping chez nos sujets (VD). L'effet de la (VI) sur la (VD) est indirect car il transite partiellement par la (VM) qui est le CP, d'où le fait qu'il y a toujours un effet quelconque de la (VI) sur la (VD) si l'on élimine l'effet de la (VM). L'effet des prédicteurs sur les issues adaptatives des malades peut ainsi être principal (direct). En outre, de tels prédicteurs sont régis entre eux par plusieurs relations. Ceci semble expliquer l'effet de ces déterminants qui peut être soit séparé (chaque déterminant a un effet séparé) soit synergique et coordonné (l'ensemble des déterminants ont un effet ensemble) sur les processus médiateurs et par conséquent sur les issues. (Figure 9)

2.2.2. Rôle de la variable modératrice

Pour ce qui est de la variable modératrice (ou modulatrice), nous optons aussi pour la définition de Brauer. Selon Brauer (2000) « *une variable modulatrice Z est une variable qui module*

l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante. L'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante dépend de la variable modulatrice car l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante est différent selon les niveaux de la variable modulatrice. La modulation dans la terminologie des modèles causaux est l'interaction dans le langage statistique. Si Z module l'effet de X sur Y, on dira que X et Z exercent un effet d'interaction sur Y. Par conséquent et comme l'indiquait Muller et al. (2005), la question de la modulation a pour objet les facteurs qui affectent l'importance de l'effet entre un prédicteur et un critère. Ces variables modulatrices peuvent être liées à des facteurs de personnalité par exemple, ou appartenir au contexte de la situation étudiée. En définitive, une variable modulatrice explique quand et sous quelles conditions un certain effet se produit » (Hartmann, 2007, p51). Nous suggérons que les interactions entre la variable modératrice (représentée dans cette modélisation par les attributions causales de la maladie telles que dégagées par les malades cancéreux ainsi que leur sentiment de responsabilité vis-à-vis de leur atteinte) avec les prédicteurs (déterminants socio-démographiques, médicaux et socio-environnementaux) ont un effet sur les issues adaptatives des patients. (Figure 9)

Avec l'application du modèle intégratif et explicatif de l'ajustement psychologique des malades cancéreux tunisiens, que nous voulons plus intégratif et multifactoriel dans l'explication de l'expérience de la maladie, nous cherchons des transactions plutôt que des effets directs et réductionnistes. Pour cette raison, nous marquons sur le schéma du modèle certains liens qui ne seront pas pris en compte dans l'explication effective des issues adaptatives des malades. A titre d'exemple, nous citons le lien entre la variable médiatrice et la variable modératrice et leurs effets directs sur le choix des stratégies de coping.

2.2.3. Effets de rétroaction

Des effets de rétroaction (feed-back) marquent les modèles transactionnels. Ces effets prennent tout leur intérêt du fait que l'individu est en perpétuelle interaction avec son environnement. Les processus d'ajustement fonctionnent afin que la personne trouve son confort et bien-être physiologique mais aussi cognitif et psychologique. Mais en cherchant à déceler les effets rétroactifs dans le modèle transactionnel, nous avons remarqué que le schéma de ce dernier diffère légèrement d'une référence à une autre (Bruchon-Schweitzer et Quitard, 2001 ; Bruchon-Shweitzer, 2001 ; Bruchon-Shweitzer, 2002). Une telle différence peut aboutir à une compréhension équivoque et par conséquent à des lectures multiples. C'est ce que nous allons expliquer dans ce qui suit.

Selon le schéma du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) cité par Bruchon-Schweitzer (2002), les effets de rétroaction vont des issues aux processus médiateurs (phase d'évaluation et d'élaboration des stratégies de coping) donnant ainsi à l'individu la possibilité de

réévaluer sa situation et ses ressources. Dans une autre version du modèle transactionnel en psychologie de la santé, version citée dans le livre collectif dirigé par Bruchon-Schweitzer et Quintard (2001), nous avons remarqué que la rétroaction part des processus médiateurs (de l'interaction entre l'évaluation et les critères plus particulièrement) et rejoint les antécédents. La phase d'élaboration des stratégies de coping n'est concernée par ces effets rétroactifs que d'une manière indirecte. C'est à travers la réévaluation des ressources que l'individu s'ajuste et se réajuste à sa situation. Devant ces deux lectures nous gardons une certaine réserve. Nous sommes cependant tentés d'opter pour la première du fait qu'elle est basée sur le schéma cité par Bruchon-Schweitzer dans son livre "psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes" (2002) et emprunté au livre "*Stress, appraisal and coping*" de Lazarus et Folkman (1984). Avec cette première lecture, nous pouvons déduire que la conception transactionnelle du modèle occulte encore une fois le groupe des antécédents. Leur présence reste schématique et loin d'être fonctionnelle.

Dans le modèle intégratif et multifactoriel (Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994), et par différenciation d'avec la conception transactionnelle, les effets rétroactifs partent des issues et rejoignent directement les antécédents. De tels effets circulaires offrent toujours cette possibilité de réévaluation dans la mesure où les prédictors, à leur tour, influencent directement les processus médiateurs (phase d'évaluation et d'élaboration des stratégies de coping).

Avec le modèle intégratif et explicatif de l'ajustement psychologique appliqué aux malades cancéreux tunisiens, les issues ont des effets rétroactifs sur les prédictors qui, à leur tour, peuvent induire de nouvelles évaluations. De nouvelles évaluations permettant à la personne malade de percevoir autrement ses sources personnelles et sociales, d'où l'élaboration ultérieure de stratégies de coping plus adaptées et adaptatives.

Cet essai de modélisation propose une variété de facteurs avec une multiplicité d'effets (interactifs, directs, indirects, partiels, totaux, rétroactifs). Seuls les processus transactionnels que nous considérons comme étant les plus pertinents dans l'explication et la compréhension des issues adaptatives des patients cancéreux tunisiens vont être étudiés.

3. Synthèse du modèle intégratif et explicatif de l'ajustement des malades cancéreux

Sur un plan théorique et conceptuel, cet essai de modélisation intègre plusieurs facteurs explicatifs de l'ajustement psychologique des malades cancéreux tunisiens. Ces facteurs sont de différentes natures (facteurs personnels, socio-culturels, etc.). Sur un plan dynamique, le modèle intégratif et explicatif de l'ajustement des malades cancéreux a l'avantage d'intégrer les prédictors dans les processus transactionnels sous-jacents. En effet, le modèle met en valeur l'ensemble des facteurs explicatifs régis par une variété de transactions (directes, indirectes, partielles, rétroactives,

etc.) rendant compte de la complexité de l'expérience de la maladie. Enfin, sur un plan fonctionnel, un modèle ne doit pas se limiter à un travail de théorisation. Un modèle prend aussi de la valeur par ses applications. Cet essai de modélisation a l'intérêt d'être applicable à d'autres pathologies mais aussi à plusieurs autres événements de vie touchant différents domaines (réussite ou échec scolaire et universitaire, succès professionnel, etc.). En outre, ce modèle s'adapte aux études longitudinales avec des issues dépassant de loin la phase d'ajustement (guérison, récurrence, qualité de vie, etc.).

Le modèle intégratif et explicatif de l'ajustement des malades cancéreux a des limites. L'une de ces limites, partagée d'ailleurs par la majorité des études basées sur le modèle transactionnel (Lazarus et Folkman) ou intégratif et multifactoriel (Bruchon-Schweitzer et Dantzer), est la négligence des effets rétroactifs. La présence des effets rétroactifs reste schématique et leur mesure effective est toujours occultée. En outre, le modèle intégratif et explicatif de l'ajustement psychologique des malades cancéreux tunisiens compte plusieurs facteurs avec de multiples effets. Une telle complexité, lors de la recherche de l'effet mutuel des différentes variables, peut rendre le traitement statistique difficile.

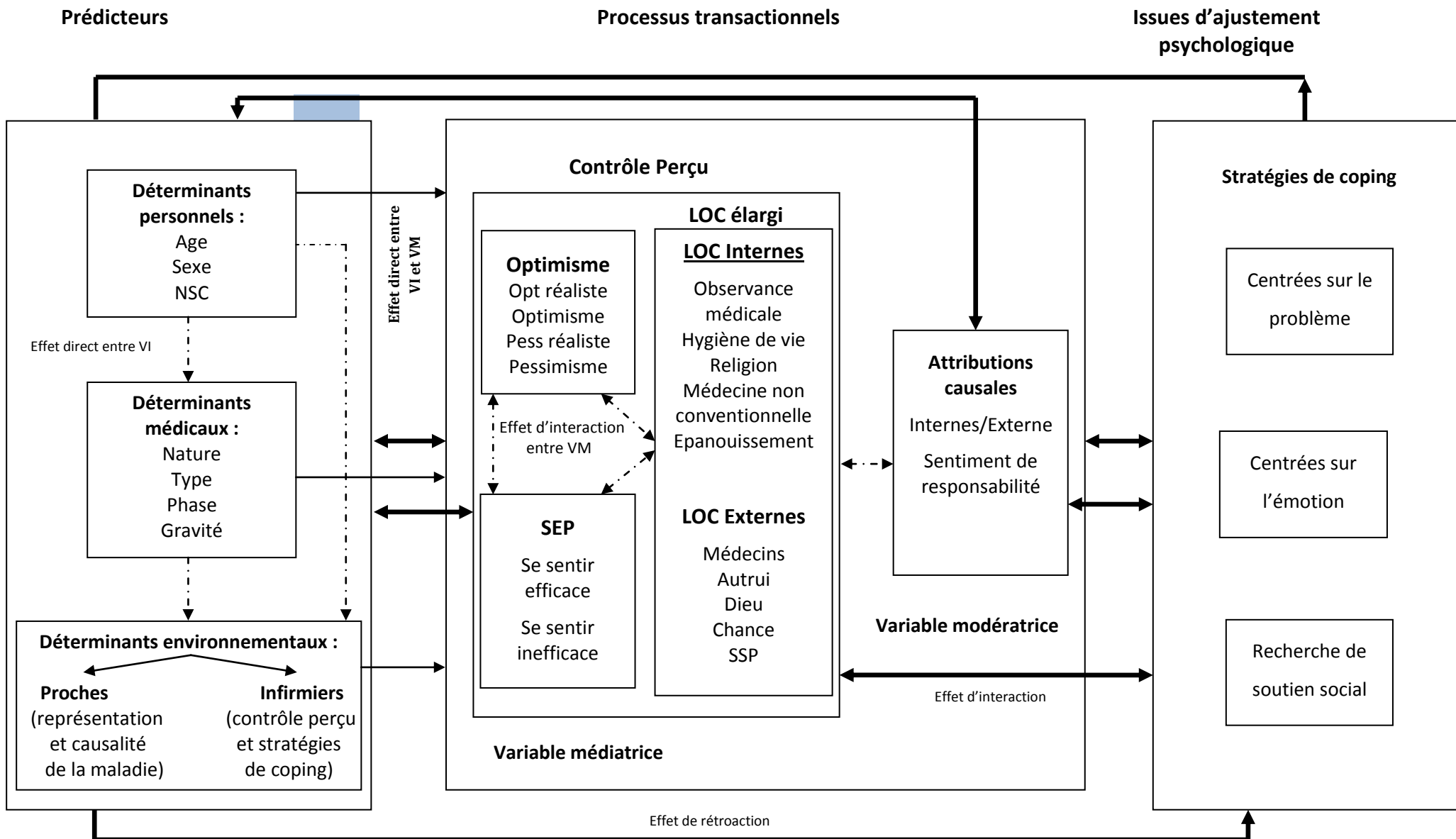


Figure 10 : Modèle intégratif et explicatif de l'ajustement psychologique des malades cancéreux tunisiens

HYPOTHESES

La maladie cancéreuse est un fait complexe et l'ajustement des malades à cette adversité ne peut être expliqué qu'à travers une panoplie de facteurs. De ce fait, et afin d'étudier, chez les patients tunisiens souffrant de cancer du sein et colorectal, la détermination de la causalité attribuée à la maladie et du contrôle perçu de son évolution dans le choix d'un, ou de plusieurs, mode de coping, nous émettons trois hypothèses. Les effets de ces facteurs sont soit directs (hypothèse1), soit indirects (hypothèse 2) soit d'interaction (hypothèse3).

Hypothèse 1

Nous supposons que les déterminants personnels (NSC, âge et genre), environnementaux (perception des proches des causes de la maladie) ainsi que les particularités de la maladie (type de cancer) auront un effet direct sur le choix des stratégies de coping.

Hypothèse 2

Nous supposons que le contrôle perçu des malades médatisera l'effet des déterminants personnels, environnementaux et des particularités de la maladie sur le choix des stratégies de coping.

Hypothèse 3

Nous supposons que les attributions causales de nos sujets malades ainsi que leur sentiment de responsabilité modèreront l'effet des déterminants personnels, environnementaux ainsi que les particularités de la maladie sur le choix de leurs stratégies de coping.

II. PARTIE EMPIRIQUE

CHAPITRE 4. Outils de mesure et compte rendu de l'étude de terrain

Après avoir défini les hypothèses du travail, il est nécessaire d'aborder les points méthodologiques relatifs à la mise en place du travail de terrain. Ces points concernent le choix du lieu de l'enquête, l'échantillonnage, le choix des instruments d'investigation puis leur mise au point.

Afin de réaliser les objectifs de la recherche et de tester ses hypothèses, nous avons recouru à un ensemble de questionnaires et à un entretien semi-directif. Nous avons engagé une étude pilote pour affiner les différents outils, ceci auprès d'un échantillon rétréci de malades du CHU Farhat HACHED de Sousse. Cette phase s'est terminée par la mise au point définitive des outils de travail qui ont pu ainsi être révisés.

1. Outils administrés

La recension que nous avons réalisée, bien que non exhaustive, nous a permis de relever une large panoplie d'instruments mesurant les différentes variables sur lesquelles nous travaillons. Nous avons retenu les instruments suivants dont le choix fut basé sur leur qualité théorique et métrologique.

1.1. Outils administrés aux malades : mesure de la causalité, du contrôle perçu et du coping

1.1.1. Exploration de la représentation de la maladie cancéreuse, sa causalité, la croyance en un monde juste, religiosité et médecine non conventionnelle chez les malades cancéreux

Contrairement au questionnaire, qui a la spécificité d'être limitatif, l'entretien a l'avantage de permettre au sujet enquêté un développement plus ample et riche de son discours. Cela permet d'aboutir, ultérieurement, à une analyse plus fine de l'ensemble des données. Pour déceler la représentation du cancer et de ses causes nous avons eu recours à l'entretien semi-directif. L'entretien nous a offert aussi la possibilité d'avoir une matière plus riche sur l'expérience de la maladie que vivaient les patients tunisiens. Nous avons bâti une grille d'entretien sur cinq thèmes. (Annexe II-1)

Thème 1 : la maladie cancéreuse telle que nommée et représentée par le malade

A travers les questions de ce thème nous avons su comment les patients appellent la maladie du cancer et quelles en sont leurs représentations.

Thème 2 : causes de la maladie cancéreuse

Nous avons décelé ce que les malades considèrent comme causes réelles ou effectives, internes et externes, de leur maladie. A l'occasion, le malade participant à cette étude était invité à s'exprimer concernant le développement ou non d'un certain sentiment de responsabilité envers son atteinte.

Thème 3 : contrôle perçu de l'évolution de la maladie

A côté des lieux de contrôle établis dans le questionnaire du MHLC (que nous présentons un peu plus loin), nous avons essayé de déceler, à travers la première question de ce thème, de nouveaux LOC de l'évolution de la maladie. La deuxième question a porté sur le soutien social. Nous avons demandé aux patients de citer les personnes qui le soutiennent et

de dire en quoi consiste ce soutien ou aide. Les réponses à cette question viennent compléter les résultats obtenus par le questionnaire du soutien social perçu (que nous présentons un peu plus loin). Les participants ont eu, aussi, l'occasion d'exprimer leur sentiment d'efficacité personnelle. C'est en réponse à la question 3 de ce thème que nous avons eu une idée sur le développement ou pas du sentiment d'efficacité personnelle face à la maladie du cancer. Enfin, à travers la quatrième question, les participants ont eu l'occasion de se révéler optimistes ou pessimistes devant une maladie aussi grave. Les réponses à une telle question sont d'une richesse qui peut combler le caractère limité et restrictif du questionnaire.

Thème 4 : coping religieux et recours à la médecine non-conventionnelle

Nous avons demandé aux participants s'ils avaient eu recours à la religion et à la médecine non-conventionnelle pour faire face à leur maladie. Les réponses aux questions de ce thème nous offrent l'occasion de ressortir différentes stratégies d'ajustement autres que celles cherchées par le questionnaire du *Ways of Coping Checklist*.

Thème 5 : croyance en un monde juste

Les patients ont exprimé leur croyance ou pas en un monde juste à travers leur expérience avec la maladie du cancer. L'individu filtre sa perception et analyse les événements de sa vie selon la croyance en un monde juste ou injuste. Avec cette croyance ou "illusion de justice" le malade semble, dans une certaine mesure, contrôler sa maladie et s'adapter aux plus pénibles des situations.

L'entretien a été élaboré en arabe dialectal. Nous avons pris soin de vérifier que les questions soient simples et claires. L'entretien nous a permis de recueillir de nouvelles données et d'approfondir l'étude de certaines autres qui ont été récoltées par les questionnaires. Les données recueillies ont été traitées par la méthode de l'analyse de contenu. La durée moyenne d'un entretien est de 50 mn. La majorité des patients a montré une acceptation chaleureuse. Cette acceptation est peut être expliquée, d'une part, par le climat de confiance que nous avons essayé d'établir soigneusement avec chacun d'eux, et d'autre part, leur envie voire avidité d'exprimer leurs émotions et pensées, de raconter leur histoire avec la maladie mais aussi de chercher l'information et de poser des questions qui préoccupent l'esprit. Certains patients ont exprimé même leur contentement pour la participation. Selon eux, le fait de mener l'entretien en même temps que la cure de chimiothérapie leur a permis de surmonter certains effets indésirables du médicament (nausées, vomissements, céphalées, inflammation cutanée).

1.1.2. Mesure du LOC: "*Multidimensional Health Locus of Control Scale*"

Nous avons eu recours à l'échelle la plus utilisée dans la mesure du LOC de santé : la *Multidimensional Health Locus of Control Scale* (MHLC), élaborée par Wallston, Wallston et DeVellis en 1978 (Annexe II-2). Il s'agit d'un questionnaire du lieu de contrôle multidimensionnel de la santé. Il évalue les croyances de l'individu quant à la responsabilité qu'il exerce dans la détermination de son état de santé. Avec ce questionnaire nous pouvons repérer 3 types de croyances : une interne et deux externes, avec donc 3 sous-échelles qui sont en général indépendantes ou en légère intercorrélation négative (Bruchon-Schweitzer, 2002) :

- IHLC (*Internal HLC*) : est la mesure qui montre comment l'individu croit que des facteurs internes sont responsables de sa santé ou de sa maladie ;

- PHLC (*Powerful others HLC*) : est la croyance que la santé et la maladie de l'individu est déterminée par des personnages puissants ;

- CHLC (*Chance/Fate HLC*) : est la croyance que la santé et la maladie sont déterminées par le destin ou bien par la chance.

La MHLC a pris 3 formes : A, B et C. Les deux premières formes, les plus utilisées depuis la 2^{ème} moitié des années 70 et qui ont été décrites pour la 1^{ère} fois dans Wallston et al. (1978) mesurent le LOC de la santé en général. Chaque forme contient 3 sous-échelles ayant chacune 6 items. La forme C (Wallston, Stein et Smith, 1994), que nous avons utilisée dans notre recherche, est conçue pour mesurer le LOC des personnes présentant déjà une maladie quelconque. Elle comporte aussi, comme les formes A et B, 18 items. La sous-échelle "*internal*" (items : 1, 6, 8, 12, 13, 17, ex : « Si mon état de santé s'aggrave, c'est que je n'ai pas pris soin de moi-même), la sous-échelle "*chance*" (items : 2, 4, 9, 11, 15, 16, ex : « La chance joue un grand rôle dans l'amélioration de mon état de santé. »), enfin la sous-échelle *Powerful others* qui se divise en 2 : "*doctor's*" (items : 3, 5, 14, ex : « La meilleure façon pour que mon état de santé ne s'aggrave pas est de suivre à la lettre les ordres du médecin. ») et "*other people*" (items : 7, 10, 18, ex : « La nature d'aide que je reçoive des autres personnes détermine l'amélioration de mon état de santé. »). Enfin, nous avons ajouté la sous-échelle "*GodHLOC*", élaborée par Wallston, Malcarne, Flores, Hansdottir, Smith, Stein, Weisman et Clements (1999), selon laquelle Dieu est le responsable du contrôle de la maladie. Cette sous-échelle est composée de six items (ex : « Quoiqu'il arrive à ma santé est le résultat de la volonté de Dieu. »). La dimension "*God*" (*GLHC : God Locus of Health Control* ; Wallston et al. 1999) peut être utilisée avec la forme A, B ou C, l'essentiel est de changer le nom de la

condition/situation du sujet d'étude. Ainsi, lorsqu'on met *Health* c'est pour mesurer un LOC de la santé générale et si l'on veut mesurer un LOC spécifique on met la situation que l'on étudie. Wallston a montré que la consistance interne de chaque sous-échelle du MHLC est suffisante (entre 0.67 et 0.77) et que les 3 sous-échelles sont peu interdépendantes. En outre, la fiabilité test-retest est acceptable (au-delà de 0.70). A côté de la version américaine du questionnaire, on trouve d'autres versions : australienne, chinoise, etc.

Signalons l'existence d'une échelle spécialement construite pour mesurer le LOC des malades cancéreux : il s'agit de la CLCS (*Cancer Locus of Control Scale*), élaborée par Pruyn et al. (1988). Moins populaire que la MHLC, elle mesure trois facteurs : la perception de contrôle interne concernant l'évolution ultérieure de la maladie, l'attribution causale interne concernant l'origine de la maladie et le contrôle religieux. Bien qu'elle soit plus spécifique que la MHLC nous n'y avons pas eu recours : elle ne répond pas aux objectifs de la présente recherche car elle néglige le pôle externe dans l'attribution causale ainsi que le lieu de contrôle de la maladie.

1.1.3. Mesure de l'optimisme : "*Revised Life Orientation Test* "

Il existe une large documentation portant sur le concept de style attributionnel (optimiste et pessimiste). Pour mesurer l'optimisme nous citons la méthode CAVE (moins utilisée) et les deux questionnaires les plus utilisés : le LOT et l'ASQ.

La *Content Analysis of Verbatim Explanations ou CAVE* (Peterson, Luborsky, et Seligman, 1983) - dénommée Analyse du Contenu des Explications Spontanées (ACES, Seligman, 1994) - permet de « *déterminer le profil particulier d'un individu à partir d'un matériel écrit ou oral faisant état d'explications causales pour des événements quelconques. Cette technique comprend deux étapes : extraire les événements rapportés par l'individu et ses attributions les concernant, et repérer ce qui relève du locus de causalité, de la stabilité et de la généralité. Différentes conditions doivent être respectées pour l'utiliser : (1) les utilisateurs doivent être rompus à cette technique, ne pas connaître l'auteur des propos ni l'issue des événements rapportés ; (2) un minimum de cinq événements négatifs est nécessaire afin d'identifier le style d'une personne ; (3) il ne peut être question de style que si la personne présente une faible variation dans sa manière d'expliquer les différents événements auxquels elle a été confrontée ; et (4) il est important que la cause relevée soit bien invoquée par la personne dont on cherche à identifier le style (par exemple, si un joueur de football dit dans une interview consécutive à une défaite : « L'entraîneur m'a dit que je n'étais pas en forme en ce moment », l'attribution rapportée dans ces propos semble davantage*

correspondre à ce que pense l'entraîneur que le joueur ; elle ne pourrait donc pas être retenue dans l'analyse). Lorsque les événements auxquels la personne a été confrontée ont été repérés, et que ses explications ont été identifiées et catégorisées en termes de locus de causalité, de stabilité et de globalité, une dernière étape consiste à donner un score sur une échelle de 1 à 7, pour chaque dimension » (Krumm, 2002, p.55-56).

L'ASQ (*Attributional Style Questionnaire*) a été élaboré par Seligman, Abramson, Semmel et Von Baeyer (1979, mais d'autres instruments, inspirés de l'ASQ, ont été développés. L'ASQ « demande aux sujets d'imaginer qu'ils sont confrontés à un ensemble d'événements hypothétiques positifs (e.g., « Imaginez que vous obteniez une promotion ») et négatifs (e.g., « Imaginez qu'un de vos amis vous dise qu'il ne peut pas avoir confiance en vous ») pour lesquels ils doivent à chaque fois mentionner la « cause principale ». Ces scénarii mettent en scène des événements susceptibles de survenir dans le contexte large de l'accomplissement (succès ou échecs professionnels ou scolaires) et de l'affiliation. Ensuite, les sujets doivent indiquer sur une échelle en 7 points pour chaque scénario, le degré avec lequel la cause est interne versus externe (e.g., « est-ce que la cause du manque de confiance de votre ami est due à quelque chose qui vient de vous ou à quelque chose qui vient d'autres personnes ou des circonstances ?), stable versus instable (e.g., « dans le futur, quand vous interagirez avec vos amis, est-ce que cette cause sera toujours présente ? »), et global versus spécifique (« est-ce que cette cause est quelque chose qui influence uniquement vos interactions avec vos amis, ou est-elle susceptible d'influencer d'autres domaines de votre vie ? »). » (Krumm et Sarrazin, 2004, p. 16)

Un autre questionnaire mesurant aussi de l'optimisme/pessimisme est le LOT. Elaboré par Scheier et Carver (1985), il est considéré comme une mesure unidimensionnelle de l'optimisme dispositionnel d'une personne, c'est-à-dire de sa tendance générale à s'attendre à des événements positifs. Le LOT-R (version révisée) demande aux sujets s'ils s'attendent à de bons ou mauvais événements dans leur vie (on mesure donc un optimisme général dans un contexte général). Ce questionnaire est composé de 10 items. Trois items destinés à mesurer l'optimisme (items 1, 4, 10, ex : « Je suis toujours optimiste sur mon avenir »), trois autres destinés à mesurer le pessimisme (items 3, 7, 9, ex : « Je m'attends rarement que de bonnes choses m'arrivent »), et quatre items leurres (2, 5, 6, 8) destinés à limiter les biais de désirabilité sociale. Les sujets indiquent leur accord ou désaccord sur une échelle de Likert en cinq points (allant de totalement d'accord à totalement en désaccord). La somme de ces dix items après l'inversement des scores sur les trois items de pessimisme donne un score global d'optimisme. Il est à préciser que les items leurres ne comptent pas dans le calcul des scores.

Selon Lai, Cheung, Lee et Yu (1998), le LOT-R est une mesure fiable et valide de la tendance à l'optimisme chez les chinois de Hong Kong. Une analyse factorielle confirmatoire montre que le LOT-R est une meilleure mesure que l'épreuve originale.

D'après Carver, Scheier et Segerstrom (2010), les deux mesures (le LOT et l'ASQ) se rapportent à des résultats conceptuellement similaires, néanmoins, elles ne peuvent pas être considérées comme interchangeables. L'ASQ est d'utilisation lorsqu'il s'agit d'expectations et de programme de développement de l'optimisme chez les individus alors que le LOT est d'utilisation lorsqu'il s'agit d'attributions stables ou de dispositions personnelles. La préférence pour une mesure plutôt que l'autre dépend du fait que nous mesurons soit les expectations soit les attributions. Notre choix du LOT-R est alors fondé sur le fait que nous cherchons l'optimisme dispositionnel auprès des malades tunisiens. (Annexe II-3)

1.1.4. Mesure du sentiment d'efficacité personnelle : "*General self-efficacy Scale*"

Maintes échelles ont vu le jour afin de mesurer le sentiment d'efficacité personnelle. Les échelles spécifiques à la santé n'ont pas été développées pour rendre compte de cas cliniques (maladies ou atteintes installées) mais plutôt pour prédire le degré de changement des comportements de santé de l'individu dans différents contextes.

Le "*Health-Specific Self-Efficacy Scales*" est un ensemble de sous-échelles développées afin d'examiner la relation entre le sentiment d'auto-efficacité, les intentions et les comportements, et ce pour des activités bien spécifiques ; on cite ainsi le "*Nutrition Self-Efficacy*", "*Physical Exercise Self-Efficacy*", "*Alcohol Resistance Self-Efficacy*". L'élaboration de ces dernières échelles s'inscrit dans le "*Health Action Process Approach*" (HAPA), modèle de comportement de santé (Schwazer, 1992, 1999, 2001) qui suppose deux phases distinctes dans le processus de changement des comportements de santé, la première menant à l'intention comportementale, la deuxième au comportement de santé proprement dit. A travers les deux phases, certains prédicteurs socio-cognitifs, tel que le sentiment d'efficacité personnelle, émergent à travers certains déterminants et déterminent l'adoption du comportement de santé (ex : la nutrition préventive, l'exercice physique et la limitation de la consommation d'alcool).

L'auto-efficacité n'est pas toujours liée à une activité ou à une tâche spécifique, elle peut aussi être considérée comme un style de fonctionnement plus général. L'échelle "*General Self-Efficacy Scale*" (GSE) de Jerusalem et Schwarzer (1979) (ou Echelle d'Auto-Efficacité Généralisée) a été développée pour rendre compte d'une disposition plutôt générale, indépendamment d'une activité particulière ; elle évalue les croyances de l'individu

sur le fait que ses ressources et actions mènent à des issues positives, comme la maîtrise de certaines situations difficiles. Pour répondre aux hypothèses de la recherche, c'est cette échelle que nous avons choisie : elle répond en effet à notre souci d'approcher et de mesurer le sentiment d'efficacité personnelle en tant que disposition personnelle ou trait de personnalité (ex : « Je peux résoudre la plupart de mes problèmes si j'investis les efforts nécessaires », « Il est facile pour moi de maintenir mes objectifs et de les accomplir »). L'échelle est composée de 10 items en 4 points (allant de « *not at all true* » à « *exactly true* »). Cette échelle a été validée dans plusieurs pays (alpha de Cronbach : .76 à .90) et sa validité de construction paraît elle aussi satisfaisante. L'administration de cet outil permet la mesure du SEP d'une manière économique (4 à 5 mn). (Annexe II-4)

1.1.5. Mesure du soutien social perçu : combinaison entre "Questionnaire de Soutien Social Perçu" et "Social Support Questionnaire"

Différentes définitions et même différentes terminologies (soutien social reçu, perçu, fourni) ont gravité autour du concept de soutien social. De nombreuses échelles mesurant ce soutien social ont vu le jour suite à plusieurs travaux qui, chacun selon ses objectifs et ses références théoriques, ont essayé d'approcher et de mesurer le concept. Les principaux instruments de mesure du soutien social recensés dans la littérature sont les suivants :

- le ***Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)*** de Zimet, Dahlem, Zimet et Farley (1988). Cette échelle mesure le soutien social perçu fourni par trois sources (la famille, les amis et autres personnes significatives) sans rendre compte de la nature du soutien.

- le ***Berlin Social Support Scales (BSSS)*** de Schwarzer et Ute Schulz (2000), mesure le soutien social en tant que stratégie de coping sans indiquer ni les sources, ni la disponibilité, ni le degré de satisfaction par rapport au soutien perçu.

- le ***Social Support Appraisal Scale (SS-A)*** élaboré par Vaux en 1982 (voir Vaux, Phillips, Holly, Thomson, Williams et Stewart, 1986). Cette échelle (23 items) mesure « *la perception qu'entretient une personne à propos de l'amour, de l'affection et enfin de l'estime que lui apportent ses proches. L'instrument s'intéresse également à la mesure du degré d'engagement de la personne au sein de son réseau affectif et social* » (Beauregard et Dumont, 1996, p.69).

- le ***Social Support Behaviors Scale (SS-B)***, composé de 45 items, élaboré aussi par Vaux (1982) mesure cinq types de soutien provenant de deux sources (famille et amis), soit le

soutien émotionnel, l'assistance pratique, l'assistance financière, la socialisation et les conseils/avis (Vaux, Riedel et Stewart, 1987).

- le **Social Support Resources Scale (SS-R)**, troisième échelle de Vaux (1982), mesure les sources (conjoint, amis, etc.) correspondant aux différents types de soutien (Vaux et Harrison, 1985).

- le **Questionnaire de Soutien Social Perçu (QSSP)**, de Bruchon-Schweitzer (1998), documente les trois principales dimensions du soutien social : les sources de soutien (famille, amis, collègues et personnel soignant) avec un score de disponibilité (nombre de personnes pouvant aider le sujet en cas de besoin), le type ou la nature de soutien (émotionnel, matériel, informatif et soutien d'estime de soi) ainsi que la satisfaction au regard du soutien perçu (appréciation subjective du soutien). Le QSSP a été validé par Tastet (2001) auprès de 80 patientes atteintes d'un cancer du sein (Bruchon-Schweitzer, 2002).

- le **Social Support Questionnaire (SSQ)**, de Sarason, Levine, Basham et Sarason (1983), mesure les sources du soutien disponibles et la satisfaction du destinataire par rapport au soutien perçu. Dans sa version courte (6 items), le SSQ est pratique et économique. On finit par calculer un score total de disponibilité et un score total de satisfaction (Bruchon-Schweitzer, 2002). La validité et fidélité du test sont très satisfaisantes (Ruiller, 2007 ; Bruchon-Schweitzer, 2002).

Afin de mesurer le soutien social perçu auprès des patients tunisiens, nous avons eu recours, à la fois au Questionnaire de Soutien Social Perçu (QSSP) de Bruchon-Schweitzer (1998) et au *Social Support Questionnaire (SSQ)* de Sarason et al. (1983). Il s'agit d'un mixage de ces deux instruments, afin d'aboutir à un questionnaire plus approprié aux objectifs de la présente recherche. Le choix de ces deux tests est fonction de notre définition du soutien social et de ses dimensions que nous désirions étudier. Nous cherchons à déceler la perception, d'une part de la disponibilité des sources de soutien, et d'autre part de la satisfaction face au soutien perçu par le patient.

Nous avons gardé les quatre catégories établies dans le questionnaire du soutien social perçu (QSSP) à savoir : famille, amis, collègues et soignants. Inspiré de l'idée de Sarason dans son questionnaire (SSQ6) selon laquelle on demande au participant d'établir une liste nominale des personnes aidants, nous avons choisi de faire spécifier les membres de deux catégories. Nous avons alors divisé la catégorie "famille" en cinq sous-catégories (conjoint, parent, enfant, fratrie, autres) et la catégorie "soignants" en deux sous-catégories (infirmiers et médecins). Cette sous-catégorisation nous offre l'occasion d'une étude plus détaillée de la perception de la nature du soutien fourni par le médecin et/ou l'infirmier, d'avoir une idée sur

la satisfaction du patient par rapport au soutien apporté par celui-ci ou celui-là, de même pour les différents membres de la famille. En réalité, la personne la plus proche physiquement n'est pas forcément celle à qui le sujet attribue son meilleur degré de satisfaction. Un comportement de soutien offert par un frère peut être perçu comme non soutenant, voire pas du tout soutenant pour le sujet, par contre le même comportement, provenant cette fois d'un ami peut être très bien apprécié et même félicité.

Dans le même sens, et en distinguant entre la "disponibilité" et la "satisfaction", deux notions souvent confondues, Bruchon-Schweitzer, signale que la distinction est bien claire : « *"Qui va pouvoir m'aider dans cette situation ?" (disponibilité) ne se confond pas avec : "Suis-je satisfait de cette aide ?" (qualité perçue ou satisfaction). L'une ne garantit pas l'autre : la famille peut procurer par exemple à un adolescent une aide matérielle et financière très substantielle, celui-ci pouvant estimer que ses relations avec ses amis sont beaucoup plus satisfaisantes que ses relations avec ses parents. L'inverse peut aussi exister (relation privilégiée à quelqu'un, non évaluée comme aide en cas de besoin). Il est donc nécessaire de distinguer, au sein du soutien social perçu, des aspects aussi différents que la disponibilité et la satisfaction* » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 333). Enfin, le sujet attribue une note de satisfaction allant de 1 (pas du tout satisfait) à 5 (tout à fait satisfait).

La version finale de cette échelle de mesure de soutien est donc un mixage entre le QSSP et le SSQ. C'est un questionnaire qui mesure le soutien social perçu par les malades tunisiens. Le questionnaire compte quatre items mesurant respectivement le soutien émotionnel, matériel, informationnel et le soutien d'estime de soi, et ce en répondant à la question : « Y a-t-il actuellement dans votre entourage des personnes qui, lorsque vous en avez besoin, peuvent... ». Selon les quatre sources (membres de la famille, amis, collègues et personnel soignant) indiquées dans le questionnaire, le participant est invité à donner le nombre de personnes disponibles pouvant lui apporter soutien. Enfin, une note de satisfaction doit être attribuée à chacune des sources. (Annexe II-5)

1.1.6. Mesure du coping: "Ways of Coping Checklist"

Les instruments de mesure du coping sont nombreux et varient du spécifique au général. Nous citons le CHIPS, MAC, COPE et WCC.

- Le *Coping with Health Injuries and Problems Scale* (Endler, Courbasson et Fillon, 1998) : le CHIPS a été élaboré au départ pour mesurer le coping auprès des malades du cancer puis révisé pour convenir à d'autres groupes de malades différents. L'outil explore quatre stratégies de coping : le coping instrumental centré sur le problème, le palliatif correspondant

à l'évitement comportemental, la distraction correspondant à l'évitement cognitif et le coping émotionnel avec l'expression ou non expression des émotions. Le point faible de ce test est que la stratégie "impuissance-désespoir" n'y figure pas, malgré sa fréquence chez les sujets souffrants de maladies graves (Bruchon-Schweitzer, 2001).

- Le *Mental Adjustment to Cancer Scale* (Watson, Green, Young, Inayat, Burgess et Robertson, 1988) : cette échelle spécifique, avec une validation française par Cayrou, Dickès, Gauvain-Piquard, Dolbeault, Desclaux, Viala et Roge en 2001, mesure cinq stratégies de coping en oncologie : l'esprit combatif, l'impuissance-désespoir, les préoccupations anxieuses, le fatalisme et l'évitement. L'échelle est très longue (45 items) et ne mesure pas "la recherche du soutien social" en tant que stratégie de coping.

- Le *COPE* de Carver, Scheier et Weintraub (1989) est une échelle multidimensionnelle de mesure du coping qui explore les petites facettes du coping. Cinq sous-échelles (de quatre items chacune) mesurent le coping axé sur le problème (coping actif, planification, suppression des activités concurrentes, s'imposer des contraintes, recherche de soutien social instrumental). Cinq autres sous-échelles mesurent le coping axé sur l'émotion (recherche de soutien social émotionnel, réinterprétation positive, acceptation, refus, coping religieux). Trois autres sous-échelles, moins utilisées, mesurent l'expression des émotions, l'évitement comportemental et l'évitement cognitif.

- Le *Ways of Coping Check-list* : « Construite par Folkman et Lazarus (1980), la WCC (*Ways of Coping Check-list*) comportait initialement 70 items. Dans une version révisée Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro et Becker (1985) aboutissent à 42 items. On parle alors de WCC-R. Cet instrument permet d'isoler le coping centré sur le problème, celui centré sur l'émotion et la recherche de soutien social. En 1996, Cousson, Bruchon-Schweitzer, Quintard, Nuissier et Rasclé ont adapté et validé en version française l'outil WCC-R. Les auteurs proposent une version en 27 items et à 4 points. Les qualités psychométriques de l'outil sont satisfaisantes » (Lourel, 2006, p. 17-18).

Nous avons choisi la WCC, telle qu'adaptée et validée par Cousson et ses collaborateurs (1996). Cette échelle générale et économique (27 items) mesure le coping à travers les trois facteurs (ou stratégies) les plus pertinents à notre avis, il s'agit du coping centré sur le problème (items : 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 27 ; ex : « J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi. »), celui centré sur l'émotion (items : 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26 ; ex : « J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse. ») et la recherche de soutien social (items : 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24 ; ex : « J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais. »). La WCC correspond à notre approche théorique du concept du coping en tant que transaction entre le sujet et son

environnement (médiateur) et non pas comme un trait stable de la personnalité (disposition). Selon Cousson et *al.* (1996) cet outil opérationnalise d'une façon fidèle la conception transactionnelle du coping selon Lazarus et Folkman. Nous signalons que nous avons pris soin de modifier certains items en remplaçant certains termes par d'autres, plus spécifiques (ex : « problème » et « situation » par « ma maladie », items 16, 18, 25), et en précisant davantage certains items (ex : pour l'item 7 « J'ai changé positivement. » devient « J'essaie de changer positivement le cours des choses. »). En outre, et parce que nous nous adressons à des sujets malades (et non pas guéris), nous avons re-conjugué les verbes au présent (ex : pour l'item 4 « Je me bats pour m'en sortir » au lieu de « je me suis battu pour ce que je voulais. »). (Annexe II-6)

1.2. Outils administrés aux infirmiers : mesure du contrôle perçu et du coping

1.2.1. Mesure du MHLC, du SEP et de l'optimisme

Afin de mesurer le contrôle perçu (CP) chez les infirmiers, pour des raisons méthodologiques et métrologiques, nous avons opté pour les mêmes outils que ceux utilisés avec les patients. Nous avons veillé à modifier, avec chaque outil, la consigne de manière à ce qu'elle convienne aux caractéristiques des sujets questionnés et réponde aux objectifs fixés. Nous avons aussi pris soin de rectifier voire de modifier quelques items, ce pour les mêmes fins.

Nous utilisons la forme A de l'échelle MHLC (Wallston, Wallston et DeVellis, 1978) au lieu de la forme C utilisée avec les patients, notre objectif étant ici de chercher à mesurer un LOC de la santé générale chez les infirmiers et non pas un LOC spécifique à une condition (maladie ou atteinte) particulière. Comme avec les participants malades, nous avons ajouté la sous-échelle *GodHLOC*, composé de six items. L'échelle a été traduite en arabe. Pour la sous-échelle GLHC (*God Locus of Health Control*, Wallston, K.A. et *al.* 1999), nous avons eu recours à la version utilisée avec les malades (Annexe III-1). Pour ce qui est du SEP (Sentiment d'Efficacité Personnelle) et de l'optimisme, rappelons que nous les approchons en tant que dispositions personnelles ou style de fonctionnement général indépendamment de toute situation ou activité particulière. Ce qui explique notre recours aux mêmes questionnaires que ceux utilisés auprès des patients, à savoir, le *General self-efficacy Scale* (Jerusalem et Schwarzer, 1979) et le *Revised Life Orientation Test* (Scheier et Carver, 1985), avec cependant une consigne appropriée (Annexes III-2 et III-3). Pour la mesure du soutien social perçu, le cas est différent, et nous le précisons dans ce qui suit.

1.2.2. Mesure du SSP

Nous avons adapté l'échelle de soutien social perçu (SSP) de Bruchon-Schweitzer et al. (2000) afin de saisir le soutien social tel qu'il est fourni et perçu par l'infirmier lui-même. Nous avons ainsi le soutien fourni par l'infirmier (dans la réponse à chaque item par oui ou non), ce qui nous offre une idée sur la nature du soutien offert, et la satisfaction de l'infirmier par rapport à ce soutien. (Annexe III-4)

1.2.3. Mesure du coping

Les infirmiers qui prennent en charge les malades cancéreux au cours de multiples et lourds traitements peuvent avoir une influence sur eux. Les stratégies de coping des malades peuvent ainsi être déterminées, dans une certaine mesure, par celles des infirmiers. Nous pensons qu'il est intéressant de déceler les stratégies de coping des infirmiers afin de voir leurs effets sur l'ajustement psychologique des malades. Pour repérer les stratégies de coping des participants infirmiers, nous utilisons la WCC (*Ways of Coping Checklist*) de Cousson et al. (1996). Nous demandons à l'infirmier questionné de penser à un événement récent (un problème de santé en particulier) qui l'a particulièrement bouleversé et d'indiquer pour chacune des vingt-sept stratégies proposées s'il les a utilisées selon une échelle de type Likert à quatre points (non, plutôt non, plutôt oui et oui). Nous avons modifié légèrement quelques items avec certains termes plus convenables. (Annexe III-5)

Nous signalons que l'administration de l'ensemble des outils consacrés aux infirmiers n'a pas été directe en sa totalité. Malgré le fait que la passation en face à face soit intéressante, nous n'avons pas pu tenir cette technique avec tous les infirmiers faute de temps pour ces derniers et du nombre élevé d'items dans les cinq questionnaires proposés (environ 75 items). Pour ces raisons, nous nous sommes mis d'accord avec les infirmiers pour qu'ils remplissent les questionnaires chez eux et nous les remettent dans un délai de 3 jours. Tous les participants ont été sollicités à signer un formulaire de consentement. (Annexe III-6)

1.3. Outils administrés aux proches : exploration de la perception et de la causalité de la maladie cancéreuse

Nous cherchons à déceler auprès des proches la nature de leur perception de la maladie cancéreuse ainsi que de ses causes. Pour ce faire, nous avons gardé les deux premiers thèmes de l'entretien fourni pour les malades. (Annexe IV) Un formulaire de consentement a été signé par les participants. (Annexe IV-2)

Après le recueil des données, nous avons procédé à une saisie de l'ensemble des données obtenues aux différents questionnaires sur le SPSS.18. Nous avons aussi appliqué une analyse de contenu de l'ensemble des entretiens.

2. Compte rendu de l'étude de terrain

2.1. Lieu d'étude

La Tunisie compte trois centres publics anti-cancer (au nord, centre et sud du pays). Nous avons mené notre enquête dans deux de ces centres. Il s'agit de l'Institut Salah AZAIEZ (ISA) et le CHU Farhat HACHED situés respectivement au nord et au centre du pays. L'ISA est un centre hospitalo-universitaire qui prend en charge le diagnostic et le traitement des divers types de cancer. Il couvre une population d'environ 4 millions d'habitants répartis sur 11 gouvernorats. L'hôpital Farhat HACHED de Sousse est un centre hospitalier universitaire dont la mission couvre les soins, la prévention, l'enseignement et la recherche. Le Service de Carcinologie Médicale de CHU Farhat Hached est le seul de la région du centre tunisien et draine la population de cinq gouvernorats. Cette population regroupe environ 1,5 millions d'habitants. Les services de médecine oncologique des deux établissements comprennent chacun deux grands pavillons (unités) pour l'hospitalisation des patients (hommes et femmes). Une troisième unité ambulatoire, destinée aux cures de chimiothérapie, est l'hôpital de jour. Les patients, n'y résident pas, ils viennent prendre leur cure et rentrent chez eux le jour même. Pour enquêter sur les malades cancéreux nous nous sommes dirigés vers le service de médecine carcinologique de chaque établissement. Etant donné que les services médicaux des deux établissements accueillent généralement les patients récidivants, métastasés ou en soins palliatifs, nous nous sommes orientés vers les hôpitaux du jour des mêmes établissements, où nous trouvons les patients dits "curatifs".

2.2. Durée de l'enquête

Au total, l'enquête a duré 4 mois : du 6 février au 7 avril 2012 au CHU "Farhat HACHED", Sousse. Du 16 avril au 20 juin 2012 à l'Institut "Saleh AZAIZ", Tunis.

3. Echantillon

L'échantillon de ce travail se compose de trois catégories de participants : des malades cancéreux, de leurs proches et des infirmiers (ères) exerçant auprès d'eux.

3.1. Patients

105 patients, hommes et femmes adultes, avec une moyenne d'âge de 49 ans, de niveaux socioculturels différents (NSC élevé, moyen et bas) ont rempli l'ensemble des questionnaires. Nous avons mené des entretiens semi-dirigés avec 58 d'entre eux (36 femmes et 22 hommes) après avoir eu leur consentement de participation à l'étude. Nous avons expliqué aux interrogés l'objet de la recherche et la destination des informations fournies. Nous avons tenu aussi à commencer chaque instrument par la présentation de sa consigne révélant l'identité du chercheur, l'objet de l'étude et toute indication qui pourrait rassurer l'interrogé. (Annexe II-8)

Les femmes sont atteintes d'un cancer du sein, les hommes présentent des cancers du côlon et du rectum appelés aussi cancers colorectaux. Le choix du cancer du sein est expliqué par sa fréquence (le cancer féminin le plus fréquent en Tunisie : 30% de l'ensemble des cancers diagnostiqués) ; de plus, la durée de vie des patientes est plus longue que celle des patientes ayant d'autres types de cancer. La survie est estimée de 9 ans pour toutes les femmes atteintes par un cancer du sein diagnostiqué à l'Institut Salah Azaiez en 1994 (Ben Ghobrane, Fakhfakh, Rahal, Ben Ayed, Mâalej, Ben Abdallah, Achour et Hsairi, 2007). Le cancer colorectal fut aussi choisi pour sa fréquence. En outre, l'état de santé des patients est plus ou moins stable comparativement à ceux souffrant du cancer des poumons (cancer masculin le plus fréquent en Tunisie).

D'une manière générale (Pucheu, Consoli, Landi et Lecomte, 2005, p. 271) les phases de la maladie cancéreuse sont déterminées par les degrés de sévérité de l'atteinte. Les degrés de sévérité sont, eux-mêmes, déterminés en fonction du risque potentiel de mort. Il ressort ainsi trois groupes de patients :

- premier groupe (sévérité moindre) : patients "guéris" ou en rémission (plus ou moins cinq ans de rémission).
- deuxième groupe (sévérité moyenne) : patients en cours de traitement dit "curatif".
- troisième groupe (sévérité importante) : patients en traitement dit "palliatif".

L'ensemble des patients interrogés est dans une phase "curative". Les malades récidivistes, métastasés ou en soins palliatifs ont été exclus de l'étude. Tous les patients ont été interrogés à l'hôpital du jour lors de leurs premières cures de chimiothérapie (1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} cure). Ils ont entre un et trois mois de traitement par chimiothérapie. Les patients enquêtés se distribuent dans le tableau qui suit selon les différents critères cités ci-dessus.

	Nombre	Moyenne d'âge	Tranche d'âge		Niveau socio-culturel		
			- 45 ans	+ 45 ans	Bas	Moyen	Elevé
Hommes (Cancer colorectal)	36	53	9	27	5	11	20
Femmes (cancer du sein)	69	45, 5	32	37	25	26	18
Totaux	105	49, 25	41	64	30	37	38

Tableau 2.4.1: Distribution de l'échantillon des malades selon le genre, âge et NSC

L'ensemble des questionnaires a été administré à 105 patients (Sousse 59 patients : 8H et 51F ; Tunis 46: 28H et 18F). Il est à signaler que nous étions parfois obligés de suspendre voire d'arrêter l'entretien ou l'administration des questionnaires à cause de la détérioration plus ou moins importante de l'état de santé des participants (nausées, vomissements, céphalées, crises de pleurs jusqu'aux convulsions dues aux traitements, selon l'avis du médecin). Dans certains cas, quand cela était possible, nous sommes intervenues en calmant le patient, dans d'autres cas, nous l'avons confié aux infirmiers ou au psychologue du service.

3.2. Infirmiers

25 sujets, hommes et femmes, ont accepté de participer à l'étude et ont rempli l'ensemble des questionnaires qui leur sont destinés. Voir tableau ci-dessous

Infirmiers	Nombre
Hommes	5
Femmes	20
Total	25

Tableau 2.4.2 : Distribution de l'échantillon des infirmiers selon le genre

Le nombre d'infirmiers exerçant aux hôpitaux de jour est très réduit alors que la charge de travail est énorme. D'ailleurs les surveillants déplorent le manque considérable de personnel infirmier et même les malades le dénoncent. A l'Institut Salah Azaiez, cinq à six infirmiers prennent en charge en moyenne 120 patients par jour et ce sur 6 heures de travail. Ajoutons certains cas d'absence et de refus de l'engagement dans l'enquête (4 infirmiers, des deux établissements, ont refusé la participation à l'étude), nous étions alors obligés de

parcourir les services à plusieurs reprises et enfin d’avoir recours aux infirmiers du service de chirurgie de l’Institut qui ont exercé auparavant à l’hôpital de jour.

3.3. Proches

22 proches ont participé à l’entretien semi-directif qui leur est destiné. Le terme "proches" désigne la personne que le malade considère la plus proche physiquement et moralement, qui l’accompagne, l’écoute et le soutient. Elle peut être le conjoint, enfant, parent, etc. Le tableau suivant représente les proches selon leur lien de parenté avec les participants malades.

Proches								
Conjoint		Frères et sœurs		Enfants		Grande famille		
Epoux	Epouse	Frère	Sœur	Fils	Fille	Tante	Cousine	Neveux et Nièces
04	06	1	4	0	4	01	01	01
10		05		04		03		

Tableau 2.4.3 : Distribution de l’échantillon des proches selon leur lien de parenté avec les malades

Le contact avec les proches a été plus ou moins difficile. La difficulté est due soit au fait que beaucoup de patients viennent seuls pour la cure, soit parce que les personnes accompagnant ne sont pas forcément les personnes désignées comme les plus "proches" pour les patients. Pour résoudre le problème, nous avons arrangé un deuxième RDV avec les patients, qui ont manifesté une grande coopération, et ont accepté de revenir (souvent après 3 semaines lors de leur prochaine cure) accompagnés de la personne qu’ils estimaient la plus proche d’eux dans leur expérience avec la maladie.

L’administration de l’ensemble des outils auprès des malades et de leurs proches a été en mode indirect. Nous avons posé directement les questions tout en notant les réponses au fur et à mesure). En ce qui concerne les infirmiers, faute de temps pour ces derniers et du nombre élevé d’items dans les cinq questionnaires proposés (environ 75 items) ils ont accepté de les remplir chez eux et de nous les remettre après 3 jours. Certains cas de refus ont été enregistrés. Enfin, les quatre mois que nous avons passés dans les deux hôpitaux nous ont apporté beaucoup pour ce travail de recherche mais aussi pour notre personne. Le déroulement de l’enquête s’est passé dans des conditions normales. Les soignants nous ont aidés dans la sélection des patients selon les critères d’inclusion (âge, type et phase de cancer). Ils nous ont facilités la tâche au niveau du choix du lieu, du temps et de l’organisation

des rendez-vous pour les entretiens et la passation des questionnaires. Néanmoins, certaines difficultés ont été enregistrées. Nous étions parfois gênés par les conditions de travail à l'hôpital surtout que nous y passions quotidiennement entre 5 et 6 heures pendant 5 jours de la semaine (salles de soins exigües et encombrées par le personnel soignant, les patients, les accompagnateurs, les équipements médicaux ; s'ajoutent à cela les mauvaises odeurs, le bruit et parfois le manque d'intimité pendant le questionnement).

CHAPITRE 5. Analyse de contenu des entretiens

L'entretien semi-directif qui, selon Mayer, Quellet, Saint-Jacques et Turcotte (2000, p.120), « *se prête bien aux recherches visant à circonscrire les perceptions qu'a le répondant de l'objet étudié, les comportements qu'il adopte et les attitudes qu'il manifeste* », nous a apporté une matière d'une grande richesse sur les représentations et le vécu des patients avec leur cancer. Une analyse de contenu thématique permet une compréhension approfondie et rigoureuse du sujet traité. Nadeau définit l'analyse de contenu comme « *une méthode qui vise à découvrir la signification d'un message, que celui-ci soit un discours, un récit de vie, un article de revue, un mémoire etc. Plus précisément, il s'agit d'une méthode qui consiste à classer ou à codifier les divers éléments d'un message dans des catégories afin de mieux en faire apparaître le sens* » (Mayer et al., 2000, p.161). Cette méthode se base sur l'application

d'un système de codification qui conduit à la mise au point d'un ensemble de catégories dans lesquelles tous les éléments du matériel analysé (le corpus) sont systématiquement classifiés à travers une série d'étapes techniques, le but étant de déceler et d'analyser le sens de ce qu'a développé la personne enquêtée.

1. Etapes techniques de l'analyse de contenu

La majorité des auteurs (Mayer et *al.*, 2000 ; L'Ecuyer, 1990 ; Aktouf, 1987 ; Bardin, 1991 ; Kelly, 1984) proposent de suivre les étapes suivantes : la préparation du matériel ; l'exploitation du matériel (ou codage) ; le traitement des résultats et l'interprétation. L'analyse s'est déroulée conformément à ce schéma.

1.1. Préparation du matériel

Il s'agit de constituer le corpus de la recherche. Le matériel du départ peut être donné *a priori*, comme dans l'analyse d'œuvres littéraires, ou encore rassemblé aux fins d'une analyse particulière, ou enfin recueilli par le chercheur lui-même telles les réponses aux questions ouvertes d'un questionnaire ou d'un entretien. C'est la pré-analyse qui se décline par les trois étapes suivantes :

1.1.1. La lecture flottante

Bardin (1991) parle de "lecture flottante" permettant au chercheur d'acquérir une vue d'ensemble du matériel et une familiarisation avec ses différentes particularités. Après plusieurs lectures, nous avons essayé de dégager les idées majeures permettant d'orienter notre analyse. Cette étape nous a permis également de prévoir les catégories.

1.1.2. Choix de l'unité d'analyse

Elle est aussi appelée unité d'enregistrement. « *C'est l'unité de signification à coder. Elle correspond au segment de contenu à considérer comme unité de base en vue de la catégorisation et du comptage fréquentiel* » (Bardin, 1991, p.135). Les unités les plus couramment utilisées sont : le mot, la phrase, l'idée, le thème, le personnage etc. Le problème est de choisir l'unité convenable. Après avoir effectué une analyse sur un échantillon constitué d'une partie représentative du corpus, nous avons opté pour le "thème" comme unité de sens. Unité que nous avons estimée comme étant la plus valide pour le découpage du corpus. Berelson, pionnier de l'analyse de contenu, définit le thème comme « *une affirmation sur un*

sujet. C'est une phrase, ou une phrase composée, habituellement un résumé ou une phrase condensée, sous laquelle un vaste ensemble de formulations singulières peuvent être affectées. » (Bardin, 1991, p.136). Le thème correspond à une règle de découpage de sens et non de forme, il est généralement utilisé dans l'analyse des études et des entretiens de motivations, d'opinions, d'attitudes, de valeurs, de tendances, etc. Dans cette analyse thématique, le thème peut être un mot, une locution, une phrase simple ou condensée qui représentent un noyau de sens.

1.1.3. Choix de l'unité de contexte

« Elle sert d'unité de compréhension pour coder l'unité d'enregistrement. Elle correspond au segment du message dont la taille (supérieure à l'unité d'enregistrement) est optimale pour saisir la signification exacte de l'unité d'enregistrement. Cela peut, par exemple, être la phrase pour le mot, le paragraphe pour le thème » (Bardin, 1991, p.138). Les participants interviewés ont été invités à répondre à un ensemble de questions ouvertes délimitées par des thèmes. Les réponses à chaque thème forment un paragraphe. Dans le cadre de l'analyse thématique que nous avons choisi, le paragraphe sera l'unité de contexte. Le problème des unités débouche ensuite sur celui de l'intégration de ces unités dans des catégories.

1.2. Exploitation du matériel

Cette étape, appelée aussi catégorisation, consiste à classer le contenu du corpus selon des catégories appropriées afin de pouvoir les décrire méthodologiquement : c'est le codage. Etape longue mais fondamentale du fait que les catégories font le lien entre les objectifs de la recherche et les résultats. D'ailleurs, selon Berelson (1952) *« une analyse de contenu vaut ce que valent ses catégories »* (Mucchelli, 1988, p. 34). *« Les catégories sont des rubriques ou classes qui rassemblent un groupe d'éléments (unités d'enregistrement dans le cas de l'analyse de contenu) sous un titre générique, rassemblement effectué en raison des caractères communs de ces éléments »* (Bardin, 1991, p. 150). Ce sont ces éléments ou indicateurs qui permettent de classer chaque unité d'analyse dans telle ou telle catégorie. Coder une unité d'analyse ou d'enregistrement, c'est l'affecter à une catégorie. Selon Mayer (2000), la catégorisation peut être abordée selon trois démarches (ou modèles).

Dans le cas du modèle ouvert, il n'y a pas de catégories préétablies : elles sont déduites des textes analysés. Dans le cas du modèle fermé, les catégories sont prédéterminées par le chercheur dès le départ, elles sont issues d'une théorie ou des hypothèses qu'on veut

tester. Finalement, dans le cas du modèle mixte, une partie des catégories est préexistante et le chercheur laisse place à la possibilité qu'un certain nombre d'autres soient induites au cours de l'analyse. Il convient de noter que nous avons opté pour le système de catégorisation qui fait appel au modèle mixte. Les réponses des patients aux questions ouvertes de l'entretien ont généré des catégories générales à l'intérieur desquelles, et après dépouillement des unités d'enregistrement, les réponses des participants ont été distribuées en catégories plus précises (plus fines et représentatives des tendances des sujets). Cette démarche est opportune parce qu'elle prend en compte des éléments latents, souvent porteurs de sens.

Sachant que la validité de la méthode d'analyse relève de la pertinence des unités choisies et des catégories établies, tant par rapport au document qu'aux objectifs de la recherche, nous avons veillé à ce que nos catégories répondent aux quatre exigences d'objectivité suivantes :

- **l'exhaustivité** : toutes les unités de sens sont distribuées dans les catégories dans le but d'épuiser la totalité du texte ;
- **l'exclusivité** : on ne peut classer un seul élément dans deux catégories distinctes ;
- **l'objectivité** : les catégories sont intelligibles à plusieurs codeurs ;
- **la pertinence** : c'est-à-dire en adéquation, à la fois, avec les objectifs de l'analyse et son contenu.

Pour ce qui est de la fiabilité, nous avons eu recours à la méthode de codage interjuges afin d'analyser les mêmes données de certains entretiens en veillant à démontrer la constance dans les jugements. En outre, nous avons vérifié que la marge d'interprétation entre les jugements était minime.

1.2.1. Définitions opérationnelles des catégories

Nous avons établi une grille de catégories pour chaque thème abordé dans l'entretien. Le nombre de catégories peut être différent d'un thème à un autre. Certaines catégories sont préétablies et déterminées par les fondements théoriques de la recherche. Il s'agit de catégories dites générales. Des catégories dites spécifiques ont été dégagées, dans leur majorité, de l'analyse et répondent aux objectifs de la recherche. Les indicateurs (ou contenu) de ces catégories, c'est-à-dire, ce à quoi on peut reconnaître objectivement une catégorie, sont déterminés dans les grilles définitivement établies. Pour que les unités d'analyse trouvent leur place de manière non ambiguë dans les catégories, ces dernières doivent être définies.

1.2.1.1. Thème I : la maladie cancéreuse telle que nommée et représentée par le malade

Nous avons deux catégories générales préétablies : "Nomination de la maladie" et "représentation de la maladie".

- Catégorie générale 1 : nomination de la maladie

Un problème nommé est à moitié résolu. Nommer sa maladie c'est la reconnaître. Or avec le cancer, les choses diffèrent. C'est une maladie qu'on ne nomme pas ; on en parle plutôt à mots couverts. Ceci explique le nombre de substituts que les participants ont utilisé, à côté du mot cancer, pour désigner leur maladie (*tumeur, kyste, nodule, verrue, maladie maligne, grippe, etc*), certains utilisent juste un article défini ou indéfini (la maladie, cette maladie, telle maladie).

- Catégorie générale 2 : représentation de la maladie

Nommer sa maladie ne suffit pas, l'individu essaye de lui attribuer un sens. Ainsi, il lui construit une image ou une représentation pour mieux la comprendre et s'y adapter éventuellement. Suite à la présente analyse, nous avons relevé six représentations différentes du cancer : "mort", "maladie effrayante et dure", "handicap", "maladie dangereuse mais guérissable", "maladie banale", "destin". De telles représentations peuvent être erronées ou pas, l'affaire ici n'est pas une question de logique mais plutôt une question d'histoire vécue et de culture de société.

La grille de catégorisation de ce premier thème est composée de douze catégories spécifiques. (Annexe II-7-1)

1.2.1.2. Thème II : causes de la maladie cancéreuse

L'individu cherche constamment les causes de ce que lui arrive, en l'occurrence de sa maladie. Certains l'attribuent à une (des) cause (s) interne, d'autres à une (des) cause (s) externe. Nous signalons que nous avons demandé aux participants la (les) cause (s) de leur maladie, de préciser sa nature (interne ou externe), tout en essayant de leur expliquer le sens de l'internalité et de l'externalité d'une cause. Trois catégories générales sont préétablies : "causes internes", "causes externes" et "sentiment de responsabilité". La grille des catégories du thème II est formée au total de onze catégories spécifiques. Quatre pour les causes internes, quatre pour les causes externes et trois pour la catégorie générale "sentiment de responsabilité". (Annexe II-7-2)

- Catégorie générale 1 : causes internes

L'événement (ou renforcement) dépend d'une cause interne, facteur, agent ou force intérieure à la personne. Elle peut être aussi inhérente à sa nature, une sorte de trait, qualité ou attribut stable dans le temps et dans l'espace. L'analyse des réponses des patients a révélé quatre causes internes : stress lié à la personne (personnalité hyper-sensible, hyper-active, hyper-émotionnelle), problèmes de santé et hygiène de vie, âge et hérédité. Pour certains malades la cause de leur atteinte réside ainsi à l'intérieur d'eux-mêmes. Ils se perçoivent comme des personnes de nature trop stressée à cause de leur hyper-sensibilité, hyper-activité ou hyper-émotivité. D'autres attribuent leur maladie à leur santé et à l'hygiène de vie en tant que facteurs personnels (prédispositions et comportements). Selon eux, ils présentent quelques problèmes de santé non traités (ex : anémie) et une mauvaise hygiène de vie (alimentation non saine et non équilibrée, pas de sport exercé, consommation de tabac et d'alcool, pas de contrôles médicaux ni de dépistage). Une autre cause considérée par les patients comme interne et responsable, dans une certaine mesure, de leur atteinte est l'âge. Le patient explique qu'il a atteint un âge où son corps devient de plus en plus fragile et donc susceptible d'attraper les maladies. Enfin, l'hérédité était évoquée comme une cause interne dans le sens qu'elle est liée à la structure congénitale de la personne : c'est le corps qui a développé la maladie.

- Catégorie générale 2 : causes externes

L'événement dépend d'une cause externe, facteur, agent ou force extérieure à la personne. Elle est attribuée par l'individu à des données situationnelles et par là due à des contingences de la situation. L'analyse des réponses des patients a révélé quatre causes externes : stress (et/ou pollution) lié à l'environnement et au mode de vie moderne, problèmes de santé, Dieu et l'hérédité. Comme dans la théorie, le stress lié à l'environnement et au mode de vie moderne est considéré pour nos sujets comme une principale cause externe. Le stress "environnemental", selon nos sujets, consiste en toute sorte de stress (physique ou moral) dont la source est extérieure à eux. Ça peut être la pollution, la radioactivité, le bruit excessif, les tracasseries quotidiennes, les problèmes familiaux (naissance d'un bébé, divorce) ou encore les conditions de travail pénibles (travail difficile, produits chimiques, supérieur hiérarchique autoritaire, etc.). Dans le même sens, le mode de vie moderne est très rythmé et malsain (consommation excessive de conserves, recours au fast-food, etc.) selon les malades. Ces facteurs sont considérés comme externes, contextuels, sur lesquels les patients n'ont pas un

grand effet. Par exemple, toujours d'après les participants, un malade ne peut pas quitter l'usine d'engrais chimiques où il travaille, ou sa ville natale où cette usine est implantée. Par problèmes de santé, en tant que cause externe, nous entendons les erreurs médicales dont le malade nie toute responsabilité, la faute étant souvent attribuée aux médecins, toujours selon les propos des malades interviewés. Selon Pedinielli (1996) l'hérédité se situe à l'intersection entre les thèses internes et les thèses externes. Elle est une cause interne pour certains et externe pour d'autres. Ces derniers pensent que leur maladie est héréditaire et que c'est lié à leurs antécédents. La source de la maladie est externe, c'est le père par exemple, de chez qui on a attrapé la maladie. Si la cause externe est naturelle, elle peut aussi être surnaturelle. Dieu est la source de la maladie. C'est lui qui fait que certains tombent malades alors que d'autres non. En revanche, la cause "personnages tout puissant", largement citée dans la littérature occidentale, est absente chez nos participants. Cette absence est loin d'être vide de sens.

- Catégorie générale 3: sentiment de responsabilité

Théoriquement parlant, lorsque la causalité est liée à un facteur, agent ou force intérieure, alors on dit que ces facteurs dépendent du propre contrôle de la personne, et par conséquent elle est *responsable*. En revanche, lorsque la causalité est liée à un facteur, agent ou force extérieure, la personne perçoit qu'elle n'a eu aucun choix, son comportement a été influencé, limité ou même complètement déterminé par des influences en dehors de son contrôle. Par conséquent, la personne se sent *non responsable*.

Lorsque la maladie devient une expérience vécue réellement, les données peuvent changer. Ainsi, l'analyse des récits des participants a mis en évidence l'existence de ces deux constats, tout en révélant un troisième. En effet, *le malade cancéreux assume seulement, une part de responsabilité vis-à-vis du développement de sa maladie*.

1.2.1.3. Thème III : contrôle perçu de l'évolution de la maladie

Attribution causale (processus inférentiel) et lieu de contrôle (LOC) sont souvent confondus. Il convient alors de rappeler que si le LOC est une croyance élaborée *a priori* (avant la survenue d'un événement), l'attribution causale est une explication donnée *a posteriori*. Ainsi, si nous avons décelé, auprès des malades, la (les) cause (e) de leur maladie à travers les attributions causales, du fait que la maladie est déjà là, nous cherchons à travers le LOC, l'optimisme, le SEP et le SSP, leurs attentes concernant son évolution.

Ce thème compte deux catégories pour le LOC ("LOC interne" et "LOC externe"), deux pour le SEP ("se sentir plutôt efficace" et "se sentir plutôt inefficace") et quatre pour

l'optimisme ("optimisme", "pessimisme", "optimisme réaliste" et "pessimisme réaliste", les deux premières étant préétablies alors que les deux autres ont été inférées de l'analyse). Enfin, quatre catégories ont été retenues pour le SSP (soutien émotionnel, informationnel, matériel et d'estime de soi). (Annexe II-7-3)

- Deux catégories générales pour le LOC : LOC interne et LOC externe

Pour exprimer leur contrôle perçu de l'évolution de leur maladie, les participants ont révélé les deux types de LOC : interne et externe. Plus précisément, cinq catégories spécifiques forment la grille de catégorisation du LOC des patients. Même s'il a gardé sa distinction de base entre interne et externe, le LOC se montre à différentes composantes.

Pour ce qui est du LOC interne, nous en avons inféré deux : celui *centré sur la maladie* et celui *centré sur la personne malade* : pour le contrôle centré sur la maladie, que nous appelons encore *LOC centré sur l'observance médicale*, le patient perçoit une certaine possibilité de contrôle sur l'évolution de la maladie en contrôlant la maladie elle-même (en suivant son traitement, en ne ratant pas ses RDV avec le médecin, en faisant les contrôles médicaux, en ayant une bonne hygiène de vie). Pour le contrôle orienté vers soi ou *LOC centré sur la personne du malade*, le malade prend davantage soin de lui, fait en sorte de garder le courage et la patience, de rester actif, de regarder la télé, de ne pas se stresser, de prier Dieu, de visiter ses proches, d'oublier la maladie, etc.

Certains patients perçoivent le contrôle de l'évolution de leur maladie dans trois lieux externes qui sont : Dieu, le corps médical et les proches. D'après notre analyse, Dieu cause la maladie, contrôle son évolution et pour quoi pas, la fait disparaître. Le médecin peut aussi jouer un rôle dans le contrôle de cette évolution (à travers de multiples protocoles de soin). Les proches influencent également, à leur manière, le processus évolutif de l'atteinte (parfois à travers leur simple, mais combien bénéfique, présence).

- Deux catégories générales pour le SEP : se sentir plutôt efficace et se sentir plutôt inefficace

Six catégories spécifiques forment la grille du SEP. Interrogés sur leur sentiment d'efficacité personnelle dans leur contrôle de la maladie, les participants sont loin d'être catégoriques. Ils ont dit qu'ils se sentent plutôt efficaces ou plutôt inefficaces. Leur perception d'une certaine efficacité est largement déterminée par leur expérience réelle avec le cancer. En effet, les patients ont insisté sur la nuance de leurs réponses, leur sentiment d'efficacité étant épisodique. Certains se sentent plutôt efficaces parce qu'ils pensent qu'ils ont une

personnalité forte et solide (sujets persévérants) ou parce qu'ils ont *confiance dans la science et la médecine* (larges possibilités de traitement). Ceux qui se sentent plutôt inefficaces pensent qu'ils ont une *personnalité faible et résignée*. En outre, la *nature de la maladie* (grave, lourde et surtout les récurrences) elle-même détermine ce sentiment d'inefficacité. S'ajoute l'*état de santé du patient* lors des moments difficiles de la maladie (surtout avec les douleurs et les effets indésirables de la chimiothérapie). Quelques malades évoquent le rôle décourageant d'*autrui* (par ses mots, attitudes, conduite, etc.) dans la perception de l'inefficacité.

- Quatre catégories générales pour l'optimisme : optimisme, pessimisme, optimisme réaliste et pessimisme réaliste

Nous sommes partis avec deux notions issues de la littérature : *optimisme* et *pessimisme*. L'analyse nous en a révélé deux autres : *optimisme réaliste* et *pessimisme réaliste*. Les patients optimistes perçoivent un certain contrôle de leur état de santé, les pessimistes ne voient aucun contrôle de la situation. Si certains patients étaient catégoriques, d'autres ont nuancé leur réponses. Ils expriment un optimisme ou un pessimisme largement déterminé par la réalité. Nous appelons "optimistes réalistes" ceux qui pensent avoir des données réelles qui les encouragent à garder l'espoir et à être optimistes (sentir une amélioration avec le traitement, être bien entourés, toujours actifs, avoir confiance en un bon Dieu). Les "pessimistes réalistes" voient que leur santé s'est détériorée et qu'il n'existe aucune donnée concrète pour en sortir (ablation, fatigue chronique, peur, angoisse, idées noires, risque de récurrence et idée de mort, etc). A l'opposé de l'optimisme réaliste décelé chez les participants, peut-on parler d'optimisme "irréaliste" ou défensif (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.227) ? Peut-on qualifier l'optimisme non expliqué et non fondé chez certains malades d'optimisme défensif ?

Nous terminons par remarquer que si le LOT-R nous a permis de déceler l'optimisme dispositionnel des sujets, l'entretien nous a révélé l'importance de l'optimisme situationnel (contextuel). Rappelons que l'optimisme dispositionnel est un trait de personnalité prédisposant la personne à s'attendre généralement à ce que des événements favorables lui arrivent dans l'avenir. En revanche, l'optimisme situationnel (Tusaie et Patterson, 2006) représente l'attente de résultats ou d'évènements positifs dans des situations spécifiques.

- Quatre catégories générales pour le soutien social perçu : soutien émotionnel, soutien matériel, soutien informatif et soutien d'estime de soi

Sept catégories spécifiques forment la grille rendant compte du soutien social perçu (SSP) auprès des sujets malades. Pour ce qui est du SSP, on compte quatre catégories générales : *soutien émotionnel* (manifester de l'écoute, de la sympathie, de l'empathie, etc.), *soutien matériel* (apporter de l'aide physique et financière), *soutien informatif* (donner des conseils, des suggestions, des informations) et *soutien d'estime de soi* (soutien de valorisation personnelle). Ces différents types de soutien sont largement définis dans la partie théorique.

L'analyse de contenu nous a aussi révélé que certains malades ne reçoivent pas de soutien. Une absence de soutien est ainsi enregistrée. Nous avons par conséquent inféré deux nouvelles catégories expliquant cette absence, il s'agit de : "*entourage non soutenant*" et "*patient refusant le soutien*". En effet, il arrive que l'entourage ou les proches ne soutiennent pas le patient, ils l'abandonnent pour une raison ou une autre (ex : divorce, ne peuvent pas supporter psychiquement mais surtout financièrement une charge aussi lourde). Parfois c'est le patient lui-même qui n'accepte pas le soutien de ses proches. Ce refus est expliqué par un souci surtout financier (ex : dépenses énormes pour l'accompagnement). Le soutien peut être perçu comme menaçant (peur de perdre son autonomie, manque de confiance en ses proches). Enfin, les patients ont évoqué trois sources de soutien : la famille, les amis et les médecins.

1.2.1.4. Thème IV : coping religieux, médecine non-conventionnelle, hygiène de vie et loisirs

Concernant ce thème nous sommes partis avec deux catégories ("coping religieux" et "recours à la médecine non-conventionnelle"), une troisième fut inférée ("recours à des sources d'épanouissement et hygiène de vie"). La grille du IV thème est formée de trois catégories générales dont deux sont spécifiques. (Annexe II-7-4)

- Catégorie générale 1 : coping religieux

Certains patients affirment que face à leur maladie et à la souffrance, ils ont cherché dans leur foi religieuse et croyances spirituelles un remède (prier, lire le coran, demander pardon et grâce au Bon Dieu, se faire soigner avec des rituels religieux comme le jeûne, etc.).

- Catégorie générale 2 : recours à la médecine non-conventionnelle

D'après les données récoltées nous préférons parler de recours non conventionnels plutôt que de médecines non conventionnelles comme mentionné dans la littérature. En effet, les participants n'ont pas suivi des séances de drainage lymphatique, d'hydrothérapie, de soins de réflexothérapie ou de relaxation. Ils ont eu recours à des pratiques, qui peuvent être absurdes et dérisoires, telles que la préparation de recettes étranges (serpent et autres animaux bizarres, plantes exotiques), sortes de pansements (pâtes à base de plantes et algues), aller voir un "médecin spirituel", etc.

- Catégorie générale 3 : recours à des sources d'épanouissement et à une nouvelle hygiène de vie

Certains participants sont plus réalistes. Ils ont eu recours à de multiples *sources d'épanouissement personnel* et d'hygiène de vie. Nous avons pu faire ressortir de l'analyse des entretiens que certains patients font face à leur maladie en pratiquant des activités de loisir (sorties à la mer, au bois, randonnées avec la famille, lire, regarder la télé, écouter la musique, etc.). Certains autres soignent davantage leur hygiène de vie (se relaxer, éviter les sources de stress et de fatigue, être actif et remplir ses devoirs dans la marge du possible, une alimentation saine, rompre avec le tabac et l'alcool, etc.)

1.2.1.5. Thème V : croyance en un monde juste

Le cinquième thème "croyance en un monde juste" comprend deux catégories préétablies "croyance en un monde juste" et "croyance en un monde injuste". Cinq catégories spécifiques composent la grille du thème V. (Annexe II-7-5)

- Catégorie générale 1 : croyance en un monde juste

Des patients croient en un monde juste même avec une maladie aussi grave. Cette croyance s'exprime ou se manifeste à travers trois attitudes : *docilité par rapport à la volonté de Dieu, satisfaction* et *contentement*. L'analyse nous a révélé que certains patients manifestent de la docilité face à la volonté de dieu, c'est le destin (ex : « *C'est la volonté de Dieu, on ne peut rien faire, on doit accepter, c'est tout !* »). D'autres acceptent avec satisfaction (ex : « *J'ai péché et je mérite cette maladie, je ne suis pas contente mais je suis satisfaite ! C'est la justice divine !* »). Enfin, certains sont même contents de leur sort. La maladie pour eux est une grâce de Dieu, pour qu'il leur pardonne, c'est une occasion pour se

faire corriger, une vie bien heureuse les attend dans l'au-delà (ex : « *Pour moi, mon cancer est une grâce du Bon Dieu. Le Bon Dieu m'a offert une occasion précieuse pour me corriger et quand je meurs je serai martyr, donc je ne peux être que contente !* »).

- Catégorie générale 2 : croyance en un monde injuste

Certains patients croient que le monde est injuste. Ceci est dû à la *nature même de la maladie* (grave, mutilante, potentiellement mortelle, famille et enfants également victimes) ou alors à la *personne malade* (être encore jeune, célibataire, être bon avec les autres, de bonne conduite, être malchanceux). C'est le hasard et le destin qui frappe avec tout ce qu'il peut avoir de terrifiant et d'injuste.

1.2.2. Choix de l'unité d'énumération

C'est après le codage que la quantification intervient. Il est possible de calculer les fréquences des catégories, d'établir des relations quantitatives et, d'une façon générale, de procéder aux opérations de mesure. Le traitement quantitatif exige qu'on précise clairement l'unité en fonction de laquelle on procédera à la quantification. Il s'agit de l'unité d'énumération. Il faut distinguer entre unité d'enregistrement (ce que l'on compte), et règles d'énumération (la manière de compter). Les règles d'énumération sont multiples : présence/absence, fréquence, fréquence pondérée, intensité, direction, ordre, co-occurrence. Le choix du paragraphe comme unité de contexte nous a offert la possibilité de travailler avec plusieurs règles d'énumération, ce qui rend cette analyse profonde et minutieuse. Le choix des règles d'énumération était fonction des thèmes étudiés et du contenu du corpus à analyser. Dans ce qui suit, nous repérons et définissons les unités d'énumération utilisées avec chaque thème.

Thème I : la maladie cancéreuse telle que nommée et représentée par le malade

Présence/absence : la présence d'un thème fonctionne comme un indicateur. Son absence peut être significative, voire plus significative, que sa présence.

Intensité : « *Consiste à affecter des degrés différents à un item. Cette intensité est liée à la modalité d'expression d'une même unité d'enregistrement. Cette manière de procéder est indispensable dans l'analyse des valeurs et des attitudes* » (Vantomme, p14). Nous calculons les accumulations des différents degrés affectés à l'item. (ex : on a un item a, lorsque le malade l'évoque la première fois on lui affecte le degré 1 (a1), à la deuxième évocation on attribue 2 (a2), à la troisième on attribue 3 (a3), etc. A la fin, on cumule les degrés $1+2+3=6$).

Donc, l'intensité n'est pas une addition des degrés attribués à un item (1+1+1=3) mais plutôt une addition des sommes des différents degrés qui forment un cumul.

Thème II : les causes de la maladie cancéreuse d'après le malade

Présence/absence et fréquence d'occurrence (ou d'apparition) : un thème prend de l'importance du fait de sa fréquence d'apparition.

Thème III : contrôle perçu de l'évolution de la maladie

- sous thème LOC : présence/absence et fréquence d'occurrence.
- sous thème SEP : présence/absence.
- sous thème optimisme : présence/absence.
- sous thème SSP : présence/absence, fréquence d'occurrence.

Thème IV : coping religieux et recours à la médecine non-conventionnelle

Présence/absence et fréquence d'occurrence.

Thème V : la croyance en un monde juste chez le malade

Présence/absence et fréquence d'occurrence.

Une fois le matériel catégorisé, nous portons sur un tableau d'ensemble les fréquences de chaque catégorie pour faire ensuite le calcul de "normes" par rapport auxquelles se mesurent des écarts significatifs. Enfin, une analyse qualitative se présentant sous forme de commentaires et de généralisations sera développée lors de la discussion de l'ensemble des résultats.

2. Traitement et interprétation des résultats

Découpage, codage et comptage conduisent ensuite à l'analyse quantitative et qualitative des résultats. A cette étape, nous devons proposer des inférences et émettre des interprétations à propos des objectifs prévus et des découvertes imprévues.

L'analyse de contenu comporte des avantages. Les mots, les expressions, les silences, les styles artistiques, etc. symbolisent des façons de voir et de faire des gens relativement à un fait. L'analyse de contenu permet de s'en approcher d'une manière rigoureuse. De plus, elle permet de traiter une grande quantité de texte. Finalement, elle permet des études comparatives et évolutives où la marge interprétative de l'analyste est large. Cela dit, cette technique a ses limites. Nous ne pouvons jamais ressortir toutes les significations possibles du

corpus analysé, il faut toujours faire un choix. Elle porte en elle-même une certaine part de subjectivité en ce qui concerne la mise au point des mesures choisies et des inférences tirées. Autre limite : l'absence ou la difficulté de concevoir des tests pour établir la fiabilité et la validité des données.

CHAPITRE 6. Analyse descriptive

Nous effectuons ici une analyse descriptive des résultats obtenus des entretiens et questionnaires et qui ne font pas partie des tests des hypothèses. Il s'agit, essentiellement, des résultats concernant la nomination et la représentation de la maladie cancéreuse chez les malades et leurs proches ainsi que leur croyance en un monde juste (CMJ).

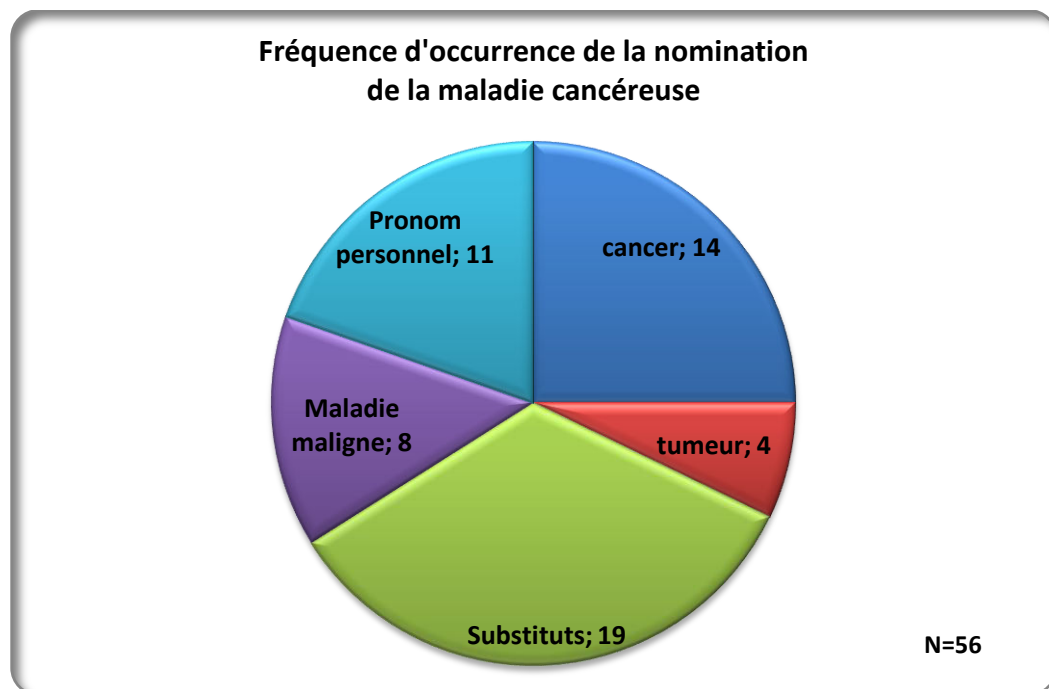
1. Nomination et représentation de la maladie cancéreuse (selon les malades et leurs proches)

1.1. Présentation de l'échantillon des malades (N=56)

L'échantillon de malades interviewés est composé de 25 participants de NSC élevé, 18 de NSC moyen et 13 autres de NSC bas. L'ensemble des malades est réparti selon deux tranches d'âge : nous avons 35 participants âgés de 45 ans et plus et 21 participants âgés de moins de 45 ans. Les 56 malades sont tous des adultes dont 22 hommes et 34 femmes.

1.2. Nomination de la maladie cancéreuse selon les malades

19 participants ont eu recours à un substitut (de type kyste, nodule, verrue) pour parler de leur maladie. 14 malades prononcent franchement le terme "cancer" alors que 4 malades évoquent le terme "tumeur" et 8 autres parlent de "maladie maligne". Nous pensons que les deux termes (tumeur et maladie maligne) sont plus spécifiques pour désigner la maladie cancéreuse que le terme kyste ou nodule. Enfin, 11 malades n'ont utilisé ni le terme "cancer" ni un substitut proche pour nommer leur maladie, ils l'ont seulement désigné par des articles définis et indéfinis (ex : la maladie, cette maladie, une telle maladie).

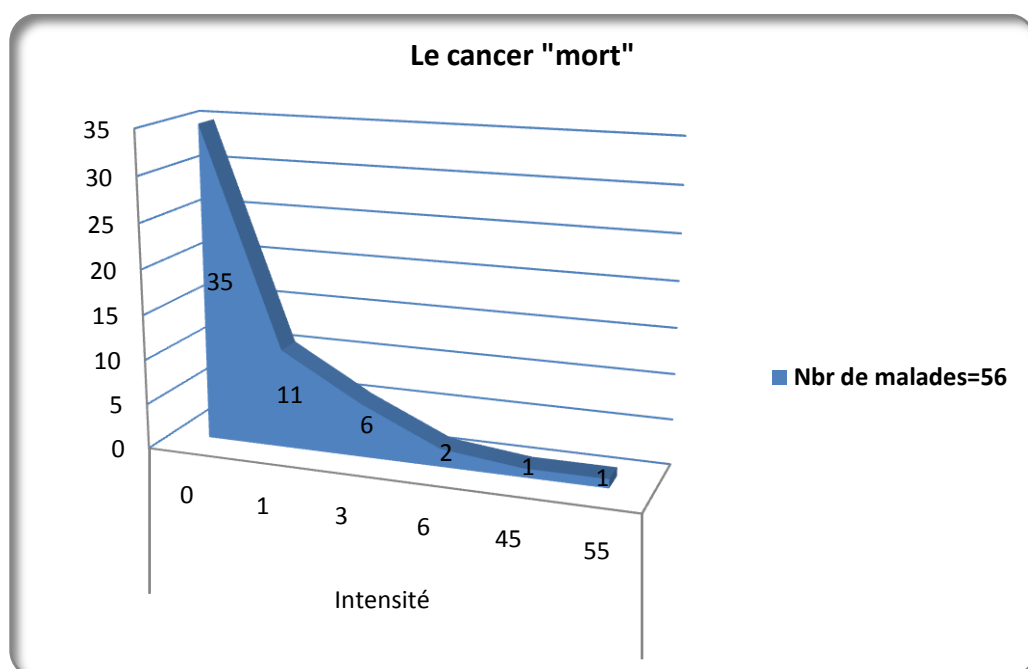


Graphique 2.6.1 : Nomination de la maladie de cancer selon les malades

1.3. Représentation de la maladie cancéreuse selon les malades

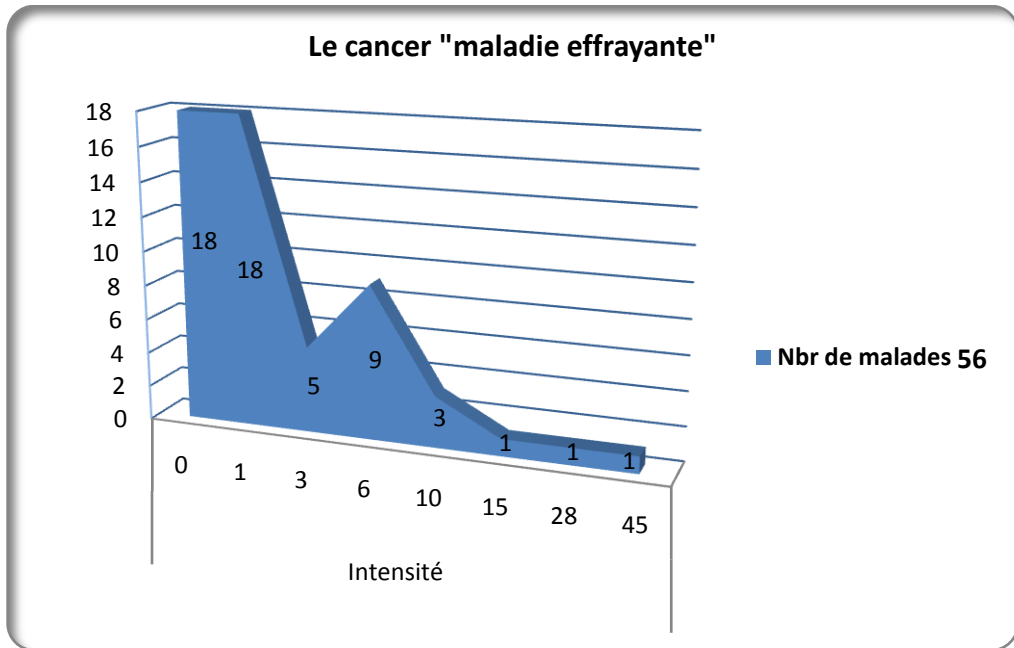
Deux des malades interviewés (N=56) ont intensément évoqué le terme "mort" (fréquence d'intensité = 45 et 55) comme représentation de leur cancer. Pour 19 autres, l'idée de mort est présente dans leur esprit mais avec une intensité relativement faible (fréquence d'intensité allant de 1 à 6). 35 malades n'ont évoqué l'idée de mort aucune fois dans leur

représentation de la maladie. Rappelons ici que l'intensité, comme règle d'énumération, renvoie à l'importance qu'accorde le malade à sa représentation de la maladie cancéreuse. Le calcul de l'intensité est basé sur les accumulations des différents degrés affectés à l'item (il s'agit ici de la représentation du cancer). A titre d'exemple, on a un item a (ex : maladie effrayante), lorsque le malade l'évoque la première fois on lui affecte le degré 1 (a1), à la deuxième évocation on attribue 2 (a2), à la troisième on attribue 3 (a3), etc. A la fin, on cumule les degrés (1+2+3= 6). Donc, l'intensité n'est pas une addition des degrés attribués à un item (1+1+1=3) mais plutôt une addition des sommes des différents degrés qui forment un cumul.



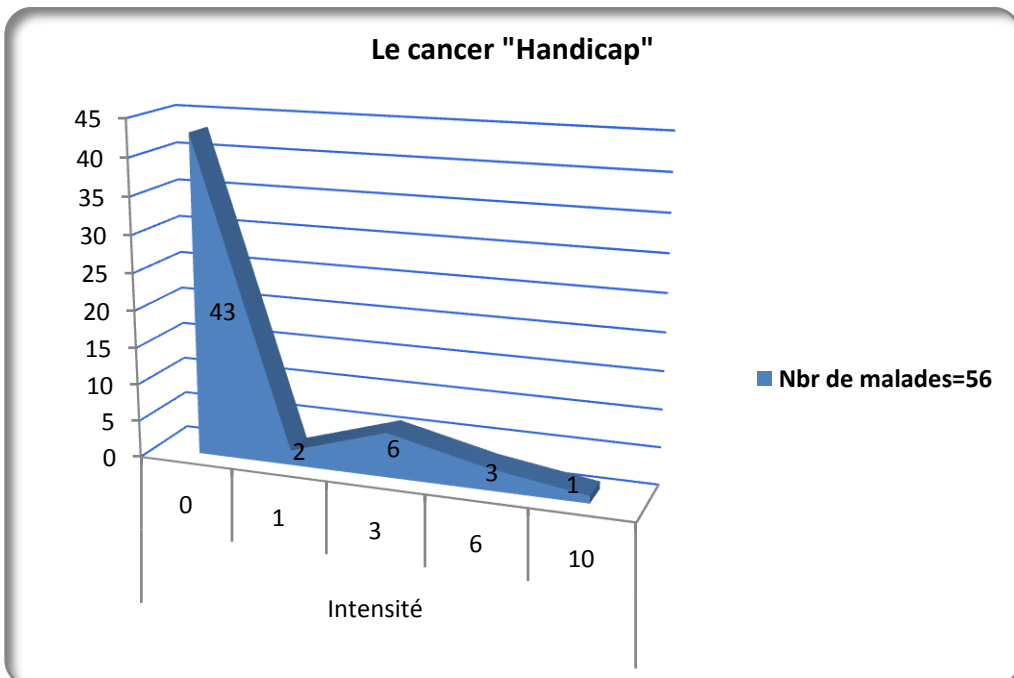
Graphique 2.6.2 : Représentation du cancer "mort"

Pour 18 patients, la maladie cancéreuse représente une "maladie effrayante". Pour 19 autres cette représentation est plus intense (fréquence d'intensité allant de 3 à 28). Enfin, 1 seul patient représente beaucoup plus intensément (fréquence d'intensité = 45) le cancer en tant que maladie effrayante.



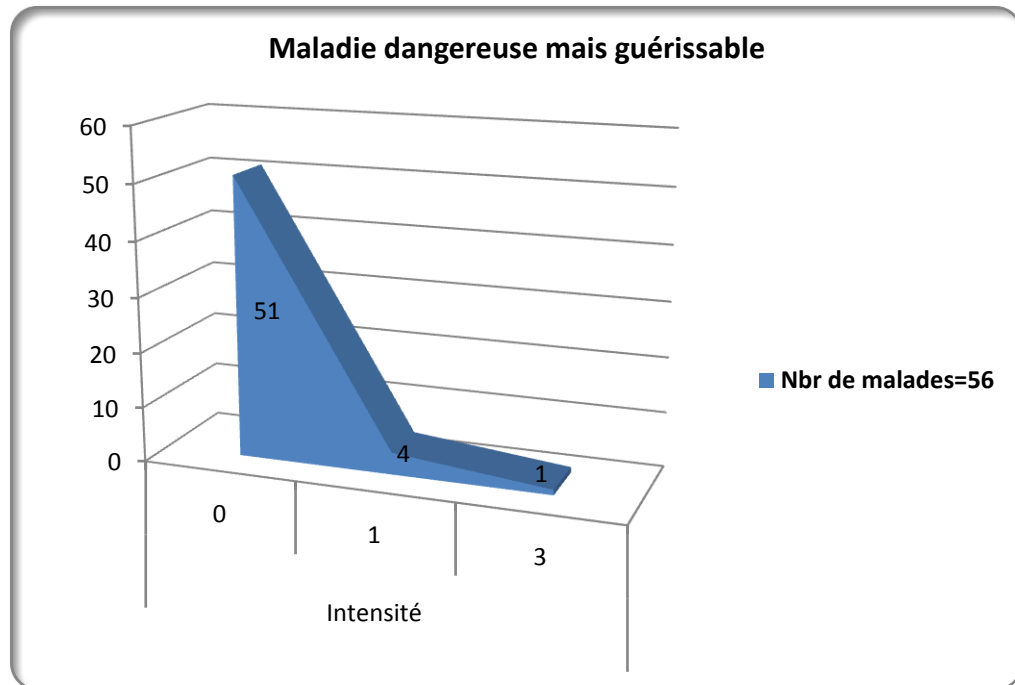
Graphique 2.6.3 : Représentation du cancer "maladie effrayante"

Le cancer a été représenté comme un "handicap" pour 12 des participants. Cette représentation est apparue avec des intensités différentes allant de 1 à 28. Les autres patients (43 sujets) n'ont pas évoqué une telle représentation.



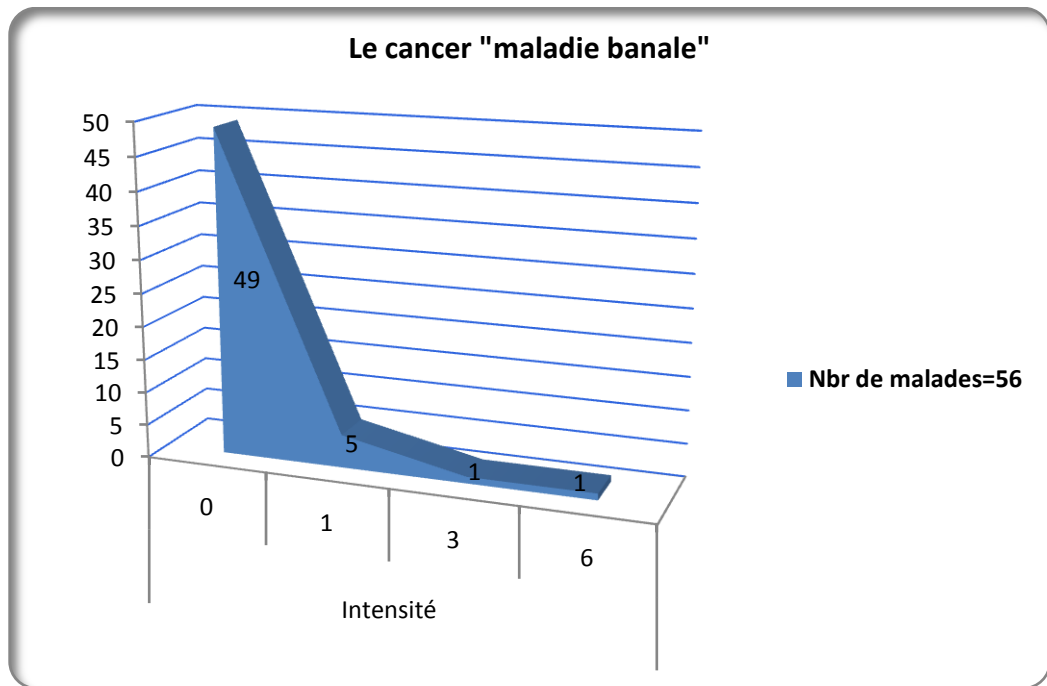
Graphique 2.6.4 : Représentation du cancer "handicap"

Cinq participants seulement ont une représentation du cancer en tant que "maladie dangereuse mais guérissable" et ce avec une intensité relativement très faible (fréquence d'intensité = 1 et 3).



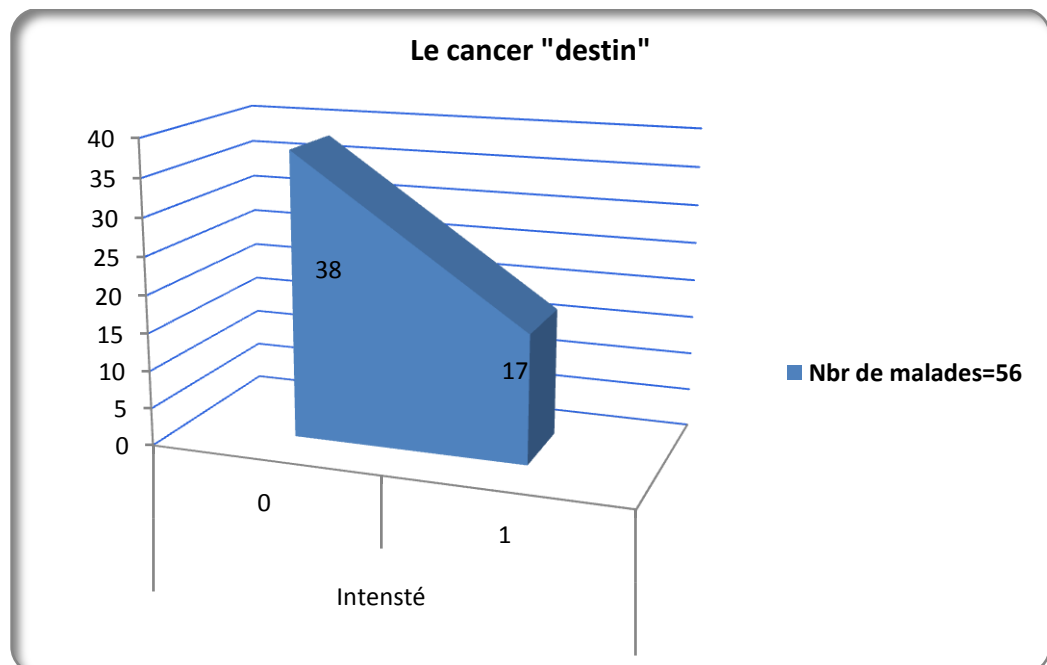
Graphique 2.6.5 : Représentation du cancer "maladie dangereuse mais guérissable"

La représentation du cancer en tant que "maladie banale" a été évoquée mais avec une très faible intensité (fréquence d'intensité = 1, 3 et 6) et chez un nombre très limité de malades (7 sujets).



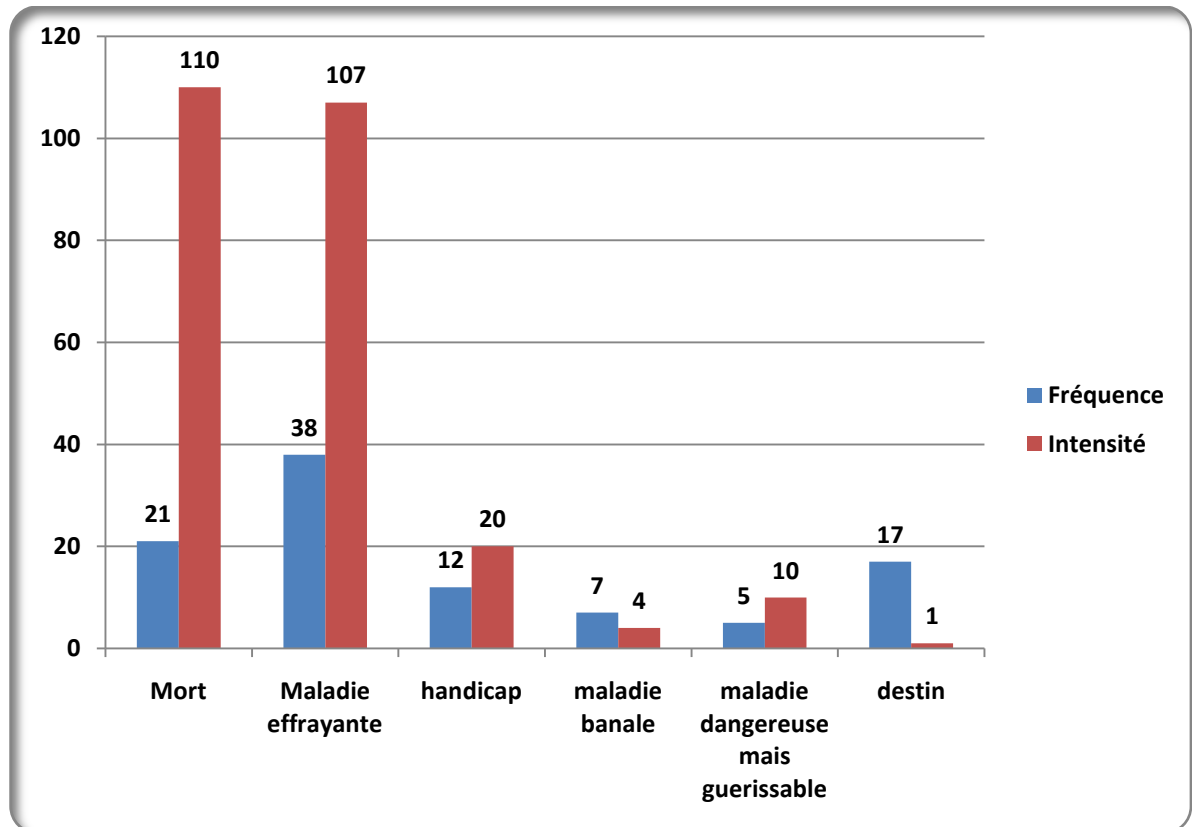
Graphique 2.6.6 : Représentation du cancer "maladie banale"

Nous avons décelé l'idée du "destin" comme représentation du cancer chez 17 malades avec une intensité très faible (fréquence d'intensité = 1).



Graphique 2.6.7 : Représentation du cancer "destin"

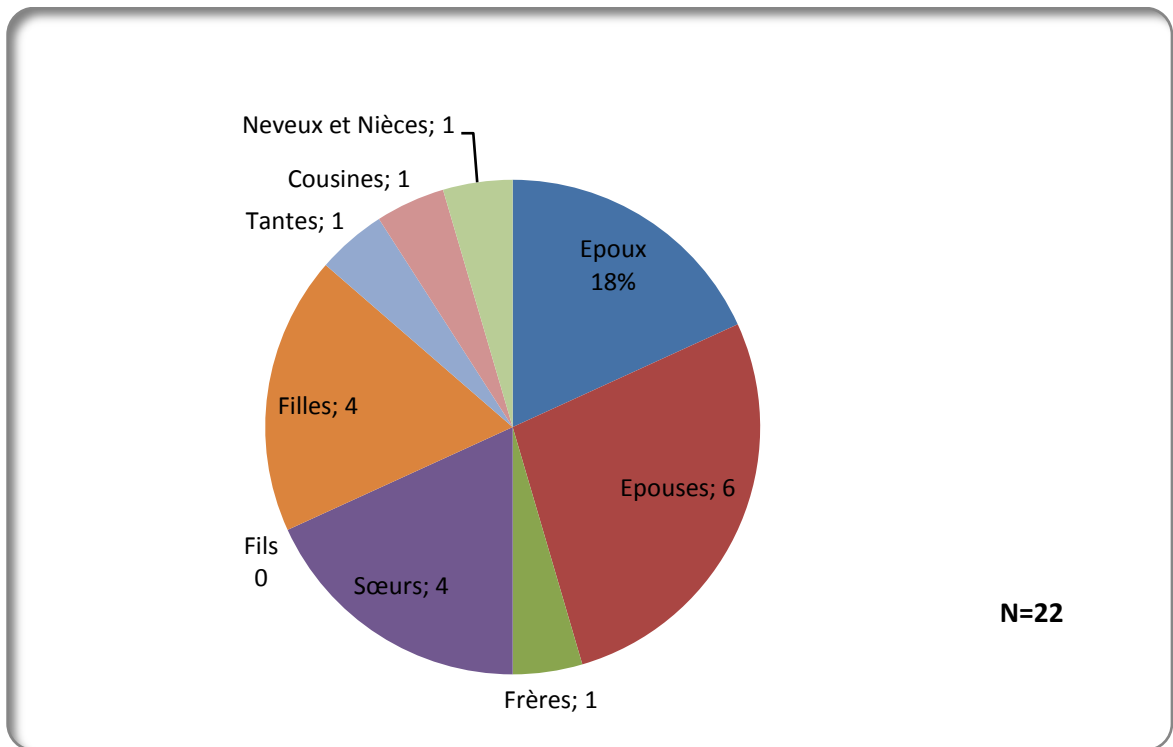
La maladie cancéreuse est intensément représentée comme une maladie mortelle (total de fréquence d'intensité = 110 pour 21 sujets) et comme une maladie effrayante (total de fréquence d'intensité = 107 pour 38 sujets). La maladie cancéreuse est représentée aussi comme un handicap pour 12 malades avec un total de fréquence d'intensité égal à 20.



Graphique 2.6.8 : Représentations du cancer selon les malades

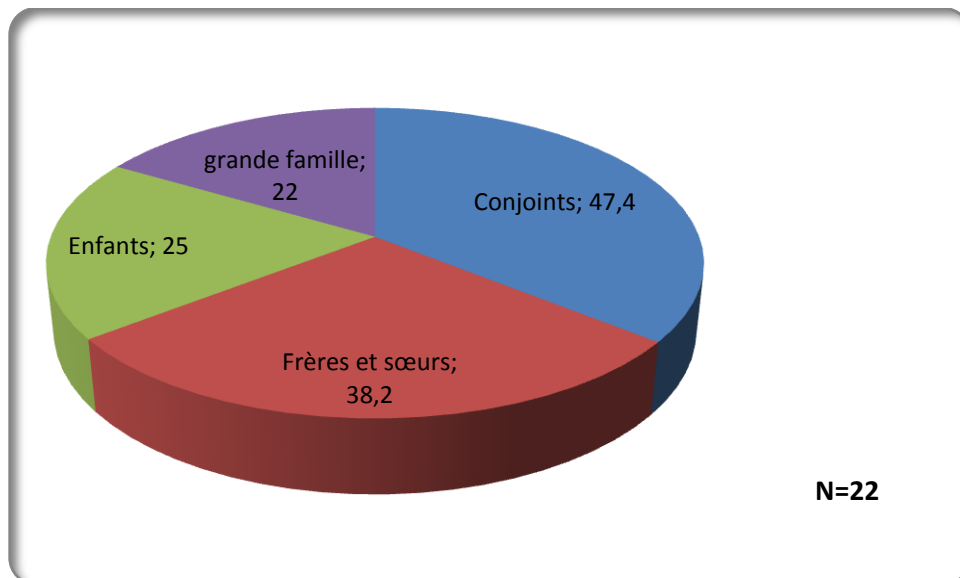
1.4. Présentation de l'échantillon des proches (N=22)

L'échantillon de proches interviewés est composé de 22 participants dont 17 femmes et 5 hommes. La distribution des proches selon leur lien de parenté avec les malades nous donne quatre catégories : le conjoint (e), les frères et les sœurs, les enfants et enfin certains membres de la grande famille (tantes, cousins, neveux).



Graphique 2.6.9 : Distribution des proches selon leur lien de parenté avec les malades

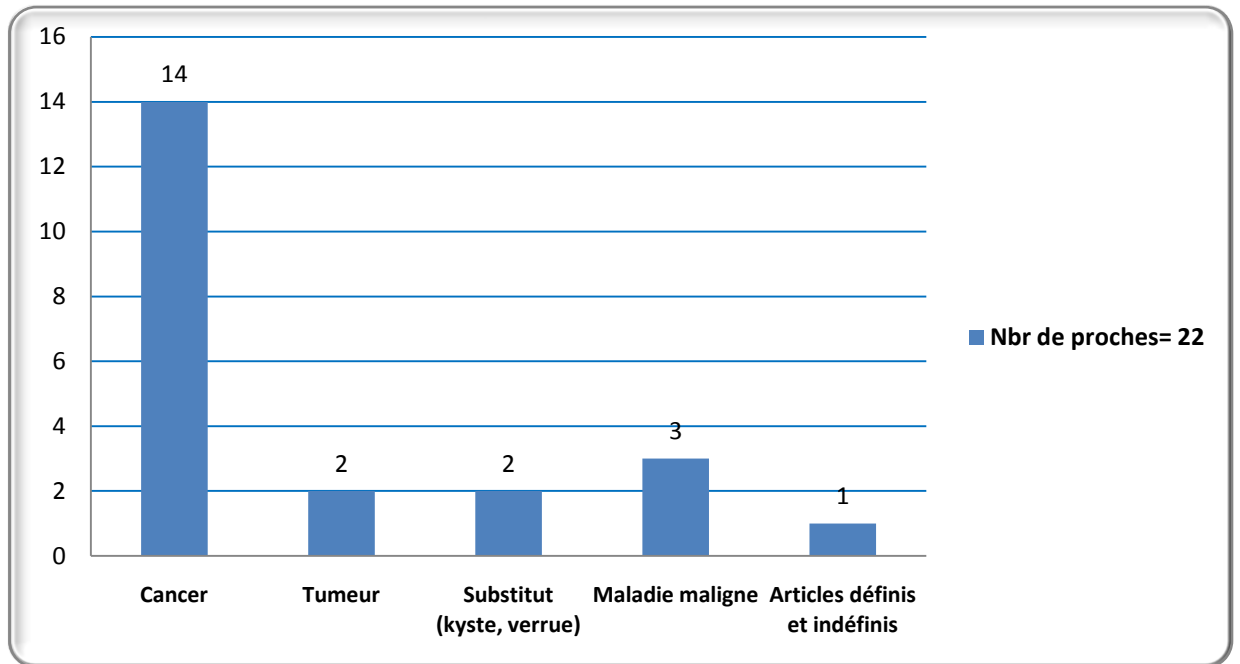
Les proches sont d'âges différents. Le graphique suivant présente la moyenne d'âge pour chaque catégorie. (N=22)



Graphique 2.6.10 : Distribution des proches selon l'âge

1.5. Nomination de la maladie cancéreuse selon les proches

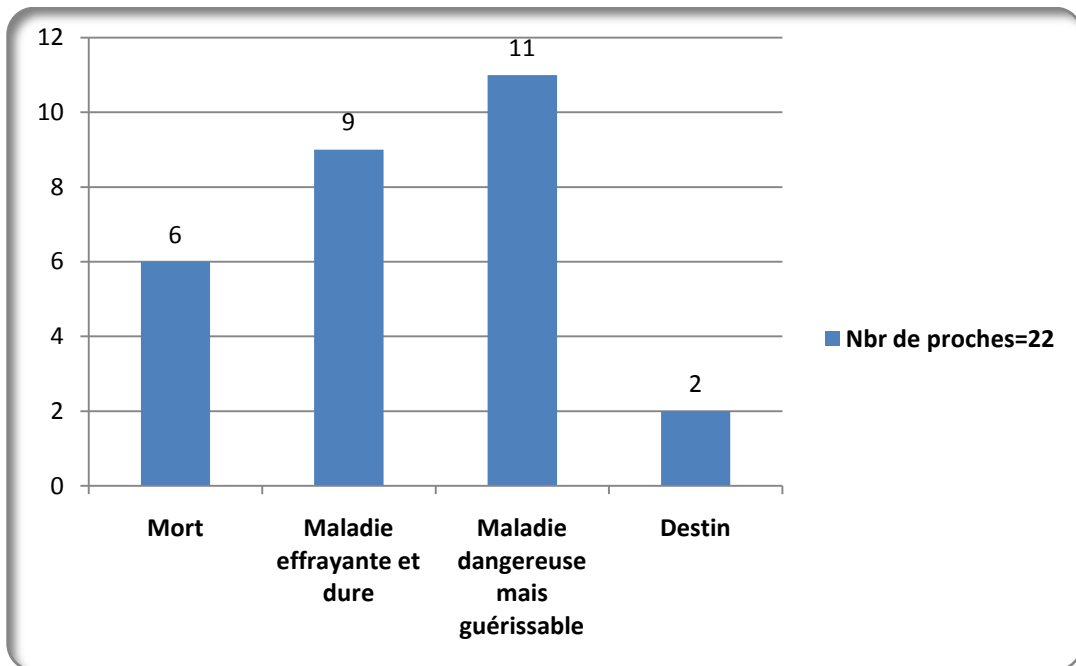
Différentes nominations ont été données à la maladie cancéreuse par les proches des patients (N=22). Plus de la moitié des proches (14 sujets) nomment la maladie par son propre nom : cancer. Les autres (7 sujets) ont recours à des appellations plus au moins précises pour désigner un cancer (ex : maladie maligne, tumeur, kyste, verrue, etc.). Un seul participant n'a donné aucun nom, il a eu recours à un article défini : "la".



Graphique 1 : Nomination du cancer selon les proches

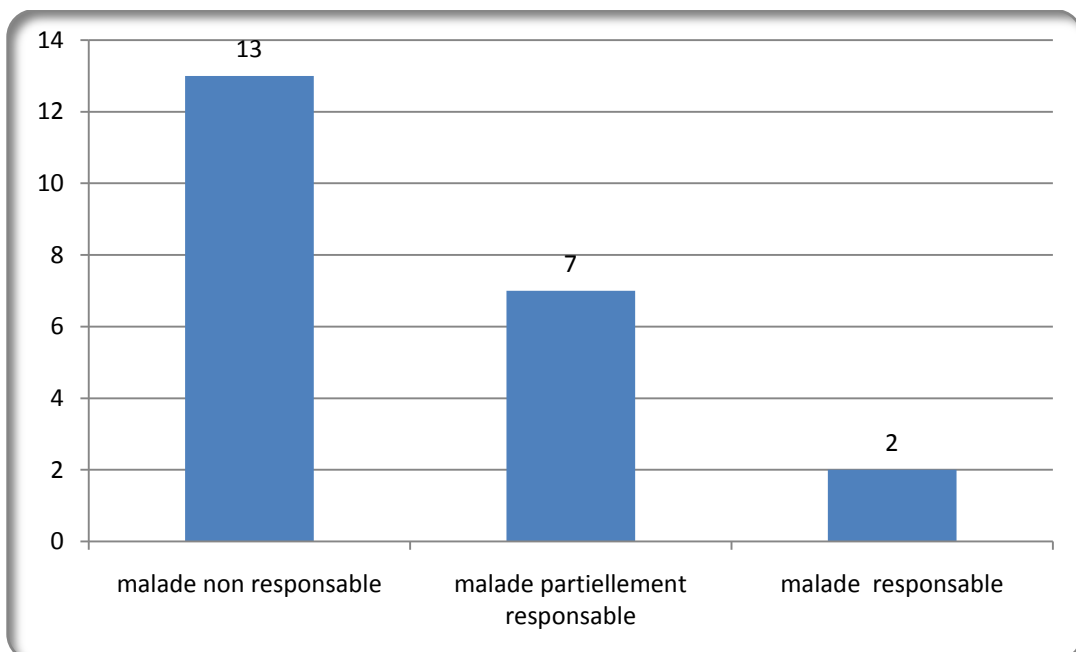
1.6. Représentation de la maladie cancéreuse selon les proches

Onze participants parmi les 22 interviewés représentent la maladie cancéreuse en tant que maladie dangereuse mais guérissable. Pour 9 autres le cancer est une maladie effrayante et dure. La mort est la représentation du cancer pour 6 proches, les deux derniers pensent que c'est le destin.



Graphique 2.6.12 : Représentation du cancer selon les proches

Deux des proches (N=22) seulement voient que le malade est responsable de l'apparition de sa maladie. 7 proches pensent qu'il est partiellement responsable alors que 13 autres pensent qu'il n'est pas responsable, que c'est une victime innocente.



Graphique 2.6.13 : Responsabilité du malade du cancer selon les proches

2. Analyse descriptive des résultats sur la CMJ chez les patients cancéreux

2.1. Fréquences de CMJ et de CMI

L'analyse descriptive des résultats obtenus par l'analyse de contenu des entretiens menés auprès des 56 malades (thème 5 du guide de l'entretien) nous a révélé que certains, malgré leur cancer, croient que le monde est juste (26 malades) alors que d'autres non (8 malades).

2.1.1. Malades croyants en un monde juste

Nous avons ressorti que parmi les malades ayant cette croyance en un monde juste (CMJ) ceux ayant exprimé leur contentement par rapport à leur expérience avec le cancer. Ils indiquent que la maladie pour eux est une grâce de Dieu, pour qu'il leur pardonne, c'est une occasion pour se faire corriger. De plus, leur patience à supporter les souffrances et les douleurs sera récompensée par une vie bien heureuse au paradis. Certains autres malades, qui ne sont ni contents ni mécontents, ont exprimé leur satisfaction dans le sens qu'ils ont accepté la maladie et la souffrance parce que c'est le destin, c'est Dieu qui l'a voulu. Enfin, nous trouvons ceux qui ont accepté la maladie par docilité face à la volonté de Dieu contre laquelle ils ne peuvent rien faire. Incapables de changer le destin, ils n'ont pas le choix, ils obéissent mais sans être ni contents ni satisfaits. 32,7% des malades (19 sujets) croyant en un monde juste ont révélé un certain contentement par rapport à leur expérience avec le cancer. La fréquence d'occurrence de ce sentiment de contentement est de l'ordre de 27 pour l'ensemble des malades (N=56). (Annexe VII-1)

56,9% des malades (33 sujets) ont exprimé leur satisfaction par rapport à leur expérience avec le cancer. La fréquence d'occurrence de ce sentiment de satisfaction est de l'ordre de 42 pour l'ensemble de ces malades. (Annexe VII-2)

50 % des malades (29 sujets), face à la maladie cancéreuse, ont exprimé leur docilité à la volonté de Dieu. La fréquence d'occurrence de cette attitude de docilité est de l'ordre de 34 pour l'ensemble de ces malades. (Annexe VII-3)

2.1.2. Malades croyants en un monde injuste

Certains patients croient que le monde ne peut pas être juste en étant victimes d'une telle maladie. Pour eux, avoir un cancer est un événement injuste pour deux raisons : soit à cause de la "nature même de la maladie" (grave, mutilante, dure, potentiellement mortelle, famille et enfants étant également victimes) soit à cause de "leur propre personne" (ne méritant pas un tel sort parce qu'encore jeune, célibataire, bon avec les autres, de bonne

conduite). 15,5% des malades (9 sujets) ont expliqué leur croyance en un monde injuste par le fait que le cancer est une maladie très dure et souvent fatale. La fréquence d'occurrence de cette raison de CMI est de l'ordre de 14 pour l'ensemble des malades. (Annexe VII-4)

34,4% des malades (20 sujets), ont expliqué leur croyance en un monde injuste par le fait qu'ils sont encore jeunes, célibataires, vertueux et ne méritant pas un cancer. La fréquence d'apparition de cette raison de CMI est de l'ordre de 32 pour l'ensemble de ces malades. (Annexe VII-5)

En résumé, la majorité des patients croyant en un monde juste acceptent leur maladie par docilité à la volonté de Dieu et en sont satisfaits. La majorité des personnes croyant en un monde injuste pense qu'elles sont jeunes, célibataires, vertueuses et ne méritant pas leur sort. Mais l'analyse descriptive nous a aussi révélé que certains patients croient à la fois en un monde juste et en un monde injuste.

2.1.3. Malades croyants en un monde juste et un monde injuste

Rappelons que l'analyse de contenu (thème 5) des entretiens nous a montré que les malades ont avancé trois explications de leur CMJ : le contentement, la satisfaction et la docilité par apport à la volonté de Dieu. Les malades croyants en un monde injuste ont deux explications : nature grave et dure de la maladie et nature de sa personne. Certains autres patients ont exprimé, à la fois, une croyance en un monde juste et une croyance en un monde injuste. Pour cette catégorie de malades, avoir un cancer paraît-il injuste parce que cette maladie est grave et dure à supporter ou parce qu'encore jeunes, célibataires ou vertueux. Tout de même, de tels explications n'empêchent pas ces malades à continuer à penser en un monde juste, un monde gouverné par un Dieu juste. Ils ne peuvent ainsi qu'exprimer leur docilité, satisfaction ou même contentement. Un seul patient (N=56) a exprimé sa CMJ avec un sentiment de contentement tout en révélant une certaine CMI expliquée par la nature grave et dure du cancer. (Annexe VII-6)

Certains autres patients (3,6%), faisant toujours partie de ceux croyant en un monde juste et de ceux croyant en un monde injuste, ont exprimé leur CMJ par le sentiment de contentement tout en révélant une certaine CMI expliquée par le fait qu'ils sont jeunes, célibataires ou vertueux et ne méritant pas leur sort. (Annexe VII-7)

Toujours dans le sens de cette co-existence d'une CMJ et d'une CMI chez une même personne, des malades (5,4% des sujets) ont exprimé leur satisfaction (CMJ) tout en croyant qu'avoir une telle maladie aussi grave et dure est injuste (CMI). (Annexe VII-8)

Certains autres patients (16,1%) ont révélé une certaine satisfaction (avec une CMJ) tout en croyant qu'il est injuste d'avoir une telle maladie alors qu'ils sont encore jeunes, célibataires ou du fait qu'ils sont vertueux et ne méritant pas leur sort (CMI). (Annexe VII-9)

7,1% des malades ont révélé une CMJ et ont accepté la maladie par docilité à la volonté de Dieu face à laquelle ils ne peuvent rien faire. Toutefois, ils ont exprimé une certaine CMI en pensant qu'avoir une telle maladie aussi grave et dure est injuste (CMI). (Annexe VII-10)

16,1% des malades ont accepté la maladie par docilité à la volonté de Dieu (CMJ) tout en croyant qu'il est injuste d'avoir une telle maladie alors qu'ils soient encore jeunes, célibataires ou du fait qu'ils sont vertueux et ne méritent pas leur sort (CMI). (Annexe VII-11)

Nous concluons enfin que l'application du test de Student pour échantillons appariés ($t=4,97$, $p=0$) montre qu'il existe une différence statistiquement significative entre les moyennes des malades croyant en un monde juste et ceux croyant en un monde injuste. Selon les statistiques, la moyenne de ceux ayant une CMJ ($m=1,82$) est plus forte comparativement à ceux ayant une CMI ($m=0,68$). (Annexe VII-12)

Des études dans la littérature (Lerner, 1980 ; Ritter, Benson et Synder, 1990 ; Rubin et Peplau, 1973 ; Gangloff, Abdellaoui et Personnaz, 2007) ont mis en évidence des liens corrélationnels entre la CMJ et autres variables comme le LOC et le SEP. Nous avons donc testé de possibles corrélations entre la CMJ chez les patients de cancer et leur LOC-interne, LOC-Dieu (LOC externe), entre la CMJ et l'optimisme/pessimisme, enfin entre la CMJ et le SEP.

2.2. Facteurs liés à la croyance en un monde juste (test de corrélations)

2.2.1. CMJ et LOC (LOC-Interne, LOC-Dieu)

La croyance en un monde juste n'est ni liée au contrôle interne centré sur la maladie, ni au contrôle interne centré sur la personne : les coefficients de corrélation de Pearson ne sont pas significatifs au seuil de 5% de risque d'erreur ($p>5\%$). De même, il n'y a pas de corrélations significatives entre la CMJ et le LOC-Dieu : les coefficients de corrélations de Pearson ne sont pas significatifs au seuil de risque de 5%.

2.2.2. CMJ et SEP

De même, la croyance en un monde juste n'est pas liée au SEP (avoir un SEP lié à une forte personnalité ou à l'idée de succès de la médecine et en la possibilité de traitement) : les coefficients de corrélation de Spearman ne sont pas significatifs au seuil de 5% de risque d'erreur ($p>5\%$).

2.2.3. CMJ et optimisme/pessimisme

Notons aussi que la croyance en un monde juste n'est corrélée ni à l'optimisme (optimisme, optimisme réaliste) ni au pessimisme (pessimisme, pessimisme réaliste) : les coefficients de corrélation de Spearman ne sont pas significatifs au seuil de 5% de risque d'erreur ($p > 5\%$).

CHAPITRE 7. Purification des outils (ACP et AFC)

1. Purification des échelles de mesure destinées aux malades (ACP)

Nous avons appliqué une analyse en composantes principales (ACP) pour vérifier la validité interne des échelles de mesure. L'analyse en composantes principales s'applique sur un ensemble de variables quantitatives (de nature échelle de Likert ou des chiffres). Son objectif consiste à réduire le nombre des variables en regroupant celles les plus corrélées entre elles dans un même facteur. A la fin nous retenons un nombre réduit de facteurs.

1.1. "Multidimensional Health Locus of Control Scale" (MHLC)

1.1.1. MHLC-Interne

Items	Facteur	Qualité de représentation
MHLC 1	0,399	0,159
MHLC 8	0,734	0,539
MHLC 10	0,561	0,315
MHLC 16	0,857	0,735
MHLC 17	0,850	0,722
MHLC 22	0,651	0,424
Nombre d'items	6	
Alpha de Cronbach	0,770	
KMO	0,795	
Signification de Bartlett	0	
Valeur propre	2,892	
Variance totale expliquée	48,22%	

Tableau 2.7.1 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC-Interne

La sous échelle MHLC-Interne est fiable car l'alpha de Cronbach est égal à 0,770 ($>0,7$). L'ACP est acceptable (KMO=0,795) et la significativité de Bartlett est inférieure à 0,05 (signification=0 $<0,05$). Mais les qualités de représentation des items MHLC 1, MHLC 10 et MHLC 22 sont mauvaises, leur contribution à l'explication du modèle est inférieure à 0,5. Le logiciel SPSS.18 a retenu un seul facteur qui a une valeur propre supérieur à 1 et qui explique 48,22% de la variance totale. Dans ce cas, nous éliminons les items mal représentés.

Items	Facteur	Qualité de représentation
MHLC 8	0,785	0,617
MHLC 16	0,902	0,814
MHLC 17	0,864	0,747
Nombre d'items	3	
Alpha de Cronbach	0,807	
KMO	0,668	
Signification de Bartlett	0	
Valeur propre	2,179	
Variance totale expliquée	72,62%	

Tableau 2.7.2 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC-Interne après la purification (*i.e.* après élimination des items MHLC 1, MHLC 10, MHLC 22)

Après l'élimination des items MHLC 1, MHLC 10 et MHLC 22 la fiabilité de l'échelle s'est améliorée. L'échelle de mesure de MHLC-Interne est devenue très fiable avec un alpha de Cronbach égal à 0,807. L'ACP est toujours acceptable puisque l'indice KMO est supérieur à 0,5 et la significativité de Bartlett est inférieure à 0,05 (signification=0>0,05). Ainsi, la part de la variance expliquée par le facteur retenu a été améliorée, sa contribution a passé de 48% à 72,62%. Enfin, nous avons retenu une sous-échelle de mesure du LOC-Interne construite des trois items suivants : **MHLC 8**, **MHLC 16**, **MHLC 17**. Chacun de ces items contribue efficacement à l'explication du facteur retenu suite à l'analyse factorielle en composantes principales.

1.1.2. MHLC-Chance

Items	Facteur	Qualité de représentation
MHLC 3	,289	,084
MHLC 5	,909	,827
MHLC 12	,925	,856
MHLC 14	,949	,902
MHLC 20	,147	,022
MHLC 21	,943	,890
Nombre d'items	6	
Alpha de Cronbach	0,860	
KMO	0,863	
Signification de Bartlett	0	
Valeur propre	3,579	
Variance totale expliquée	59,65%	

Tableau 2.7.3 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC-Chance

La sous-échelle MHLC-Chance est fiable, l'alpha de Cronbach est égal à 0,860 (>0,7). L'ACP est acceptable (KMO=0,863) et la significativité de Bartlett est inférieure à 0,05 (signification=0>0,05). Les qualités de représentation des items MHLC 3 et MHLC 20 sont mauvaises car leur contribution à l'explication du modèle est inférieure à 0,5. Le logiciel SPSS.18 a retenu un seul facteur qui a une valeur propre supérieure à 1 et explique 48,22% de la variance totale. Nous éliminons alors les items mal représentés.

Items	Facteur	Qualité de représentation
MHLC 5	,909	,827
MHLC 12	,925	,856
MHLC 14	,949	,902
MHLC 21	,943	,890
Nombre d'items	4	
Alpha de Cronbach	0,952	
KMO	0,864	
Signification de Bartlett	0	
Valeur propre	3,500	
Variance totale expliquée	87,505%	

Tableau 2.7.4 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC-Chance après la purification (*i.e.* après élimination des items mal représentés)

Après l'élimination des items MHLC 3 et MHLC 20 la fiabilité de l'échelle s'est améliorée. L'échelle de mesure de MHLC-Chance est devenue très fiable avec un alpha de Cronbach égal à 0,952. L'ACP est très acceptable puisque l'indice KMO est nettement supérieur à 0,5 et la significativité de Bartlett est inférieure à 0,05 (signification=0>0,05). Ainsi, la part de la variance expliquée par le facteur retenu a été améliorée. Sa contribution a passé de 59,65% à 87,505%. Enfin, nous avons retenu une sous-échelle de mesure du LOC-Chance construite des quatre items suivants : **MHLC 5, MHLC 12, MHLC 14, MHLC 21**. Chacun de ces items contribue efficacement à l'explication du facteur retenu suite à l'analyse factorielle en composantes principales.

1.1.3. MHLC-Dieu

Items	Facteur	Qualité de représentation
MHLC 2	,849	,720
MHLC 7	,516	,266
MHLC 11	,882	,778
MHLC 15	,838	,703
MHLC 19	,872	,761
MHLC 23	,848	,719
Nombre d'items	6	
Alpha de Cronbach	0,842	
KMO	0,771	
Signification de Bartlett	0	
Valeur propre	3,947	
Variance totale expliquée	65,777%	

Tableau 2.7.5 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC-Dieu

La sous-échelle MHLC-Dieu est fiable avec un alpha de Cronbach égal à 0,842 (>0,7). L'ACP est acceptable (KMO=0,771) et la significativité de Bartlett est inférieure à 0,05 (signification=0>0,05). Les qualités de représentation des six items sont bonnes, leur contribution à l'explication du modèle est supérieure à 0,5.

1.1.4. MHLC-Entourage

Items	Facteur	Qualité de représentation
MHLC 9	,849	,720
MHLC 13	,516	,266
MHLC 24	,882	,778
Nombre d'items	3	
Alpha de Cronbach	0,765	
KMO	0,698	
Signification de Bartlett	0	
Valeur propre	2,049	
Variance totale expliquée	68,310%	

Tableau 2.7.6 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC-Entourage

La sous-échelle MHLC-Entourage est fiable, l'alpha de Cronbach est égal à 0,765 (>0,7). L'ACP est acceptable (KMO=0,698) et la significativité de Bartlett est inférieure à 0,05 (signification=0>0,05). Les qualités de représentation des trois items sont bonnes et leur contribution à l'explication du modèle est supérieure à 0,5.

1.2. "Revised Life Orientation Test " (LOT-R)

Items	Facteur	Qualité de représentation
LOT-R 1	0,781	0,610
LOT-R 3	0,043	0,002
LOT-R 4	0,773	0,597
LOT-R 7	0,714	0,509
LOT-R 9	0,809	0,655
LOT-R 10	0,695	0,484
Nombre d'items	6	
Alpha de Cronbach	0,741	
KMO	0,759	
Signification de Bartlett	0	
Valeur propre	2,857	
Variance totale expliquée	47,611%	

Tableau 2.7.7 : Validité discriminante et fiabilité de l'échelle du LOT-R

L'échelle de mesure de LOT-R est fiable, l'alpha de Cronbach est égal à 0,741 ($>0,7$). L'ACP est acceptable ($KMO=0,759$) et la significativité de Bartlett est inférieure à 0,05 ($signification=0>0,05$). Mais les qualités de représentation des items semblent mauvaises car leur contribution à l'explication du modèle est inférieure à 0,5. Le logiciel SPSS.18 a retenu un seul facteur qui a une valeur propre supérieure à 1 et qui explique 47,611% de la variance totale. Dans ce cas, nous éliminons le seul item mal représenté qui est l'item numéro 3.

Items	Facteur	Qualité de représentation
LOT-R 1	0,784	0,614
LOT-R 4	0,773	0,597
LOT-R 7	0,711	0,506
LOT-R 9	0,807	0,651
LOT-R 10	0,698	0,487
Nombre d'items	5	
Alpha de Cronbach	0,809	
KMO	0,6763	
Signification de Bartlett	0	
Valeur propre	2,855	
Variance totale expliquée	57,109%	

Tableau 2.7.8 : Validité discriminante et fiabilité de l'échelle de LOT-R après la purification

Après l'élimination de l'item 3 du LOT-R la fiabilité de l'échelle s'est améliorée. L'échelle de mesure LOT-R est devenue très fiable avec un alpha de Cronbach égal à 0,809. L'ACP est toujours acceptable puisque l'indice KMO est supérieur à 0,5 et la significativité de Bartlett est inférieure à 0,05 ($signification=0>0,05$). Ainsi, la part de la variance expliquée par le facteur retenu a été améliorée. Sa contribution a passé de 47,611% à 57,109%. Enfin, nous avons retenu une échelle de LOT-R construite des cinq items suivants : **LOT-R 1**, **LOT-R 4**, **LOT-R 7**, **LOT-R 9** et **LOT-R 10**. Chacun de ces items contribue efficacement à l'explication du facteur retenu suite à l'analyse factorielle des composantes principales.

1.3. "General self-efficacy Scale" (GSE)

Items	Facteur	Qualité de représentation
GSE1	,715	,511
GSE2	,537	,288
GSE3	,601	,361
GSE4	,785	,616
GSE5	,809	,655
GSE6	,767	,588
GSE7	,503	,253
GSE8	,728	,530
GSE9	,751	,564
GSE10	,798	,638
Nombre d'items	10	
Alpha de Cronbach	0,868	
KMO	0,854	
Signification de Bartlett	0	
Valeur propre	5,004	
Variance totale expliquée	50,040%	

Tableau 2.7.9 : Validité discriminante et fiabilité de l'échelle GSE

L'échelle de mesure de GSE est fiable car l'alpha de Cronbach est égal à 0,868 ($>0,7$). L'ACP est acceptable (KMO=0,854) et la significativité de Bartlett est inférieure à 0,05 (signification=0 $>0,05$). Mais les qualités de représentation des items GSE 2, GSE 3, GSE 7 sont mauvaises car leur contribution à l'explication du modèle est inférieure à 0,5. Le logiciel SPSS.18 a retenu un seul facteur qui a une valeur propre supérieure à 1 et qui explique 50,040% de la variance totale. Dans ce cas, nous éliminons les items mal représentés.

Items	Facteur	Qualité de représentation
GSE1	,738	,545
GSE4	,794	,631
GSE5	,834	,696
GSE6	,794	,630
GSE8	,721	,520
GSE9	,786	,618
GSE10	,803	,645
Nombre d'items	7	
Alpha de Cronbach	0,881	
KMO	0,843	
Signification de Bartlett	0	
Valeur propre	4,285	
Variance totale expliquée	61,216%	

Tableau 2.7.10 : Validité discriminante et fiabilité de l'échelle GSE après la purification (*i.e.* après élimination des items 2, 3 et 7)

Après l'élimination des items GSE 2, GSE 3 et GSE 7, la fiabilité de l'échelle s'est améliorée. L'échelle de mesure GSE est devenue très fiable avec un alpha de Cronbach égal à 0,881. L'ACP est toujours acceptable puisque l'indice KMO est supérieur à 0,5 et la significativité de Bartlett est inférieure à 0,05. Ainsi, la part de la variance expliquée par le facteur retenu a été améliorée. Sa contribution a passé de 50,040% à 61,216%. Enfin, nous avons retenu une échelle GSE construite des sept items suivants : **GSE 1, GSE 4, GSE 5, GSE 6, GSE 8, GSE 9 et GSE 10**. Chacun de ces items contribue efficacement à l'explication du facteur retenu suite à l'analyse factorielle en composantes principales.

1.4. "Ways of Coping Checklist" (WCC)

1.4.1. Coping centré sur l'émotion

Items	3 Facteurs			Qualité de représentation
	1	2	3	
COPING2	538	280	389	,519
COPING5	580	356	,288	,546
COPING8	504	265	,573	,652
COPING11	544	212	184	,375
COPING14	568	,711	072	,833
COPING17	594	190	,211	,433
COPING20	292	249	645	,563
COPING23	080	225	273	,131
COPING26	593	,685	035	,822
Nombre d'items	9			
Item éliminé	COPING23			
Alpha de Cronbach	0,595			
KMO	0,622			
Signification de Bartlett	0			
Valeur propre	4,874			
Variance totale expliquée	54,157%			

Tableau 2.7.11 : Validité discriminante et fiabilité du coping centré sur l'émotion

La sous-échelle de mesure du coping centré sur l'émotion est peu fiable car l'alpha de Cronbach est égal à 0,595 ($<0,7$). L'ACP est acceptable (KMO=0,622) et la significativité de Bartlett est inférieure à 0,05 (signification=0 $>0,05$). Mais la qualité de représentation de l'item coping 23 est mauvaise car sa contribution à l'explication du modèle est inférieure à 0,5. Le logiciel SPSS.18 a retenu trois facteurs qui ont une valeur propre supérieure à 1 et expliquent 54,157% de la variance totale. Dans ce cas, nous éliminons l'item mal représenté.

Items	3 Facteurs			Qualité de représentation
	1	2	3	
COPING2	536	283	437	,559
COPING5	575	353	,316	,555
COPING8	505	295	,553	,648
COPING11	543	219	213	,389
COPING14	573	,711	038	,836
COPING17	595	219	,163	,429
COPING20	288	232	677	,595
COPING26	596	,692	,014	,835
Nombre d'items	8			
Alpha de Cronbach	0,627			
KMO	0,624			
Signification de Bartlett	0			
Valeur propre	4,844			
Variance totale expliquée	60,561%			

Tableau 2.7.12 : Validité discriminante et fiabilité du coping centré sur l'émotion après la purification

Après l'élimination de l'item coping 23 la fiabilité de l'échelle s'est améliorée. L'échelle de mesure de coping centré sur l'émotion est devenue plus fiable avec un alpha de Cronbach égal à 0,627. L'ACP est toujours acceptable puisque l'indice KMO est supérieur à 0,5 et la significativité de Bartlett est inférieure à 0,05 (signification=0>0,05). Ainsi, la part de la variance expliquée par le facteur retenu a été améliorée. Sa contribution a passé de 54,157% à 60,561%. Enfin, nous avons eu une sous-échelle de mesure du coping émotionnel construite de trois facteurs retenus suite à l'analyse factorielle en composantes principales. Pour le premier facteur qui contient la majorité des items nous avons l'**item 2** « J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse », l'**item 5** « J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé », l'**item 11** « J'ai espéré qu'un miracle se produirait » et l'**item 17** « J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux ».

1.4.2. Coping centré sur le problème

Items	2 Facteurs		Qualité de représentation
	1	2	
COPING1	,594	-,292	,438
COPING4	,716	-,229	,564
COPING7	,706	-,073	,504
COPING10	,298	,826	,770
COPING13	,751	-,015	,564
COPING16	,676	,041	,458
COPING19	,605	-,239	,423
COPING22	,272	,805	,723
COPING25	,705	-,041	,499
COPING27	,734	,110	,551
Nombre d'items	10		
Alpha de Cronbach	0,812		
KMO	0,782		
Signification de Bartlett	0		
Valeur propre	4,874		
Variance totale expliquée	54,157%		

Tableau 2.7.13 : Validité discriminante et fiabilité du coping centré sur le problème

L'échelle de mesure du coping centré sur le problème est très fiable car l'alpha de Cronbach est égal à 0,812 ($>0,7$). L'ACP est acceptable (KMO=0,782) et statistiquement significative (signification=0 $<0,05$). Les qualités de représentation des items sont bonnes car leur contribution à l'explication du modèle est supérieure à 0,5. Le logiciel SPSS.18 a retenu deux facteurs qui ont une valeur propre supérieure à 1 en expliquant 54,157% de la variance totale. Pour le 1^{er} facteur nous avons l'**item 4** « Je me suis battu pour ce que je voulais », l'**item 7** « J'ai changé positivement », l'**item 13** « Je me suis concentré sur un aspect positif qui pourrait apparaître après », l'**item 16** « Je suis sorti plus fort de la situation », l'**item 19** « J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir », l'**item 25** « J'ai trouvé une ou deux solutions au problème » et l'**item 27** « Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver ». Pour le 2^{ème} facteur nous avons l'**item**

10 « J'ai pris les choses une par une » et l'**item 22** « J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de survivre la première idée ».

1.4.3. Coping orienté vers la recherche de soutien

Items	3 Facteurs			Qualité de représentation
	1	2	3	
COPING3	561	,583	293	,740
COPING6	457	364	,327	,448
COPING9	746	192	,220	,641
COPING12	672	,159	,274	,552
COPING15	552	,532	169	,616
COPING18	588	037	,458	,556
COPING21	428	605	462	,763
COPING24	609	226	511	,683
Nombre d'items	8			
Alpha de Cronbach	0,722			
KMO	0,709			
Signification de Bartlett	0			
Valeur propre	5			
Variance totale expliquée	62,503%			

Tableau 2.7.14 : Validité discriminante et fiabilité du coping orienté vers la recherche de soutien

L'échelle de mesure du coping centré sur la recherche de soutien est fiable, l'alpha de Cronbach est égal à 0,722 (>0,7). L'ACP est acceptable (KMO=0,709) et statistiquement significative (signification=0<0,05). Les qualités de représentation des huit items sont bonnes car leur contribution à l'explication du modèle est supérieure à 0,5. Nous avons eu une sous-échelle de mesure du coping centré sur la recherche de soutien construite de trois facteurs retenus suite à l'analyse factorielle des composantes principales. Nous retenons le premier facteur puisqu'il contient la majorité des items (7 items : **item 3** « J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais », **item 6** « J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'on m'a conseillé », **item 9** « J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis », **item 12** « J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation », **item 15** « J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions », **item 18** « J'ai parlé avec quelqu'un

qui pouvait agir concrètement au sujet du problème », **item 24** « J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un »).

2. Purification des échelles de mesure destinées aux infirmiers (ACP)

2.1. "Multidimensional Health Locus of Control Scale" (MHLC)

2.1.1. MHLC-Interne

Items	2 Facteurs		Qualité de représentation
	1	2	
MHLC1	,7 70	, 363	,725
MHLC8	,8 23	- ,248	,740
MHLC10	,4 03	, 540	,454
MHLC16	,4 02	, 773	,760
MHLC17	,6 00	- ,400	,520
MHLC22	,7 04	- ,517	,763
Nombre d'items	6		
Alpha de Cronbach	0,687		
KMO	0,653		
Signification de Bartlett	0,002		
Valeur propre	3,961		
Variance totale expliquée	66,019%		

Tableau 2.7.15 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC Interne

La sous-échelle MHLC-Interne est peu fiable car l'alpha de Cronbach est égal à 0,687 (<0,7). L'ACP est acceptable (KMO=0,653) et la significativité de Bartlett est inférieure à 0,05 (signification=0,02<0,05). Les qualités de représentation des six items sont bonnes car leur contribution à l'explication du modèle est supérieure à 0,5. Le logiciel SPSS.18 a retenu deux facteurs qui ont une valeur propre supérieure à 1 en expliquant 66,019% de la variance totale. Pour le 1^{er} facteur nous avons l'**item 1** « Si je tombe malade seuls mes comportements et ma conduite déterminent quand est-ce que je me rétablis », l'**item 8** « Je suis le responsable direct de ma santé », l'**item 17** « Si je prends soin de moi-même je peux éviter la maladie », et l'**item 22** « Si je me comporte d'une façon appropriée je peux rester en bonne santé ». Pour le

2^{ème} facteur nous avons l'**item 10** « Quand je tombe malade je culpabilise » et l'**item 16** « Ce qui affecte le plus ma santé sont mes comportements et ma conduite ».

2.1.2. MHLC-Personnes significatives

Items	2 Facteurs		Qualité de représentation
MHLC4	,823	,065	,681
MHLC7	,765	-,538	,874
MHLC9	,024	,926	,859
MHLC13	,601	,201	,402
MHLC18	,646	,397	,575
MHLC24	,750	-,056	,566
Nombre d'items	6		
Alpha de Cronbach	0,687		
KMO	0,602		
Signification de Bartlett	0,001		
Valeur propre	3,957		
Variance totale expliquée	65,963%		

Tableau 2.7.16 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC-Personnes significatives

La sous-échelle MHLC-Personnes significatives est peu fiable car l'alpha de Cronbach est égal à 0,687 (<0,7). L'ACP est acceptable (KMO=0,602) et la significativité de Bartlett est inférieure à 0,01 (signification=0,01<0,05). Les qualités de représentation des six items sont bonnes car leur contribution à l'explication du modèle est supérieure à 0,5. Le logiciel SPSS.18 a retenu deux facteurs qui ont une valeur propre supérieure à 1 en expliquant 65,963% de la variance totale. Pour le 1^{er} facteur nous avons l'**item 4** « La meilleure façon pour moi pour éviter la maladie est de contacter régulièrement mon médecin », l'**item 7** « A chaque fois que j'aurais des soucis à propos de ma santé je consulte le médecin », l'**item 18** « Chaque fois que je me remets d'une maladie c'est, généralement, parce que plusieurs personnes (médecins, infirmiers, famille, amis) ont pris soin de moi », et l'**item 24** « En ce qui concerne ma santé, je ne peux faire que ce que mon médecin me recommande ». Pour le 2^{ème}

facteur nous avons l'**item 9** « Ma famille a un grand rôle dans le fait que je tombe malade ou que je reste en bonne santé ».

2.1.3. MHLC-Destin et Chance

Items	3 Facteurs			Qualité de représentation
MHLC3	065	,078	805	,658
MHLC5	699	,360	,444	,815
MHLC12	393	682	349	,742
MHLC14	282	819	,048	,753
MHLC20	358	,500	606	,745
MHLC21	902	,071	,091	,828
Nombre d'items	6			
Alpha de Cronbach	0,408			
KMO	0,453			
Signification de Bartlett	0,086			
Valeur propre	4,341			
Variance totale expliquée	75,683%			

Tableau 2.7.17 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC-Destin-Chance

La sous-échelle MHLC-Destin-Chance est non fiable car l'alpha de Cronbach est égal à 0,408 (<0,7). L'ACP n'est pas acceptable (KMO=0,453<0,5) et les items ne sont pas factorisables et ce malgré que les qualités de représentation des six items sont bonnes (avec une contribution à l'explication du modèle supérieure à 0,5). Le logiciel SPSS.18 a retenu trois facteurs qui ont une valeur propre supérieure à 1 en expliquant 75,683% de la variance totale. Nous allons donc travailler cette sous-échelle par item. Pour le 1^{er} facteur nous avons l'**item 5** « La plupart des choses qui affectent ma santé arrivent par hasard », l'**item 21** « Rester en bonne santé est sujet de destin ». Pour le 2^{ème} facteur nous avons l'**item 12** « La chance joue un grand rôle dans le fait que je me rétablisse rapidement » et l'**item 14** « Si je suis en bonne santé c'est parce que j'ai de la chance ». Pour le 3^{ème} facteur nous avons l'**item 3** « Si mon destin est de tomber malade je tomberai malade quelque soit mon comportement ou ma conduite » et l'**item 20** « Je peux tomber malade même si je prends soin de moi ».

2.1.4. MHLC-Dieu

Items	2 Facteurs		Qualité de représentation
MHLC2	746 ,	- ,435	,745
MHLC6	553 ,	,5 83	,646
MHLC11	379 ,	,7 24	,667
MHLC15	732 ,	,0 84	,543
MHLC19	863 ,	- ,300	,834
MHLC23	938 ,	- ,080	,886
Nombre d'items	6		
Alpha de Cronbach	0,772		
KMO	0,738		
Signification de Bartlett	00		
Valeur propre	4,321		
Variance totale expliquée	72,022%		

Tableau 2.7.18 : Validité discriminante et fiabilité de la sous-échelle MHLC-Dieu

La sous-échelle MHLC-Dieu est fiable car l'alpha de Cronbach est égal à 0,772 (>0,7). L'ACP est acceptable (KMO=0,738) et la significativité de Bartlett est inférieure à 0,05 (signification=0<0,05). Les qualités de représentation des six items sont bonnes car leur contribution à l'explication du modèle est supérieure à 0,5. Le logiciel SPSS.18 a retenu deux facteurs qui ont une valeur propre supérieure à 1 en expliquant 72,022% de la variance totale. Pour le 1^{er} facteur nous avons l'**item 2** « Si ma santé se détériore c'est Dieu qui me guérit », l'**item 15** « Tout ce qui arrive à ma santé est dû à la volonté de Dieu », l'**item 19** « Tomber malade ou rester en bonne santé dépend de Dieu » et l'**item 23** « Ma santé est à la main de Dieu ». Pour le 2^{ème} facteur nous avons l'**item 6** « La plupart des choses qui affectent ma santé viennent de Dieu » et l'**item 11** « Dieu est le responsable direct de ma santé qu'elle s'améliore ou se détériore ».

2.2. "Revised Life Orientation Test " (LOT-R)

Items	Facteur		Qualité de représentation
	1	2	
LOT-R 1	,087	,411	,176
LOT-R 3	,127	,451	,219
LOT-R 4	,758	-,350	,697
LOT-R 7	,613	,465	,592
LOT-R 9	,369	,632	,535
LOT-R 10	,752	-,461	,777
Nombre d'items	6		
Alpha de Cronbach	0,417		
KMO	0,394		
Signification de Bartlett	0,502		
Valeur propre	2,998		
Variance totale expliquée	49,957%		

Tableau 2.7.19 : Validité discriminante et fiabilité de l'échelle du LOT-R

L'échelle de mesure de LOT-R n'est pas fiable car l'alpha de Cronbach est égal à 0,417 (<0,7). L'ACP n'est pas acceptable (KMO=0,394) et la significativité de Bartlett est supérieure à 0,05 (signification=0,502>0,05). Les qualités de représentation des items 1 et 2 semblent mauvaises car leur contribution à l'explication du modèle est inférieure à 0,5. Le logiciel SPSS.18 a retenu deux facteurs qui ont une valeur propre supérieure à 1 et expliquent 49,957% de la variance totale. Nous éliminons alors l'item 1 et l'item 2 mal représentés.

Items	2 Facteurs		Qualité de représentation
LOT-R 4	785 ,	- ,253	,680
LOT-R 7	578 ,	,5 05	,589
LOT-R 9	334 ,	,8 15	,776
LOT-R 10	779 ,	- ,470	,827
Nombre d'items	4		
Alpha de Cronbach	0,509		
KMO	0,376		
Signification de Bartlett	0,032		
Valeur propre	2,871		
Variance totale expliquée	71,787%		

Tableau 2.7.20 : Validité discriminante et fiabilité de l'échelle du LOT-R après la purification

Après l'élimination des items LOT-R 1 et LOT-R 3 la fiabilité de l'échelle s'est un peu améliorée. L'échelle de mesure LOT-R reste non fiable avec un alpha de Cronbach égal à 0,509. L'ACP est devenue acceptable puisque la significativité de Bartlett est inférieure à 0,05. Ainsi, la part de la variance expliquée par le facteur retenu a été améliorée. Sa contribution a passé de 49,957% à 71,787%. Enfin, nous avons retenu une échelle de mesure du LOT-R construite des quatre items suivants : **item 4** « Je suis toujours optimiste sur mon avenir », **item 7** « Je m'attends rarement à ce que les choses aillent bien pour moi » et l'**item 10** « Je m'attends, toujours, à ce que de bonnes choses m'arrivent plus que de mauvaises ». Chacun de ces items contribue efficacement à l'explication du facteur retenu suite à l'analyse factorielle en composantes principales.

2.3. "General self-efficacy Scale" (GSE)

Items	Facteur			Qualité de représentation
	1	2	3	
GSE1	131	466	765	,820
GSE2	739	,186	,290	,665
GSE3	549	,147	004	,323
GSE4	821	222	,109	,735
GSE5	332	,356	346	,356
GSE6	337	616	372	,631
GSE7	601	583	,198	,740
GSE8	627	394	,378	,691
GSE9	688	,563	291	,875
GSE10	775	,419	152	,799
Nombre d'items	10			
Alpha de Cronbach	0,762			
KMO	0,465			
Signification de Bartlett	0			
Valeur propre	6,635			
Variance totale expliquée	66,356%			

Tableau 2.7.21 : Validité discriminante et fiabilité de l'échelle GSE

L'échelle de mesure GSE est fiable car l'alpha de Cronbach est égal à 0,762 (>0,7). L'ACP est peu acceptable (KMO=0,465) et la significativité de Bartlett est inférieure à 0,05 (signification=0<0,05). Les qualités de représentation des items sont bonnes avec une contribution à l'explication du modèle supérieure à 0,5. Le logiciel SPSS.18 a retenu trois facteurs qui ont une valeur propre supérieure à 1 en expliquant 66,356% de la variance totale. Nous avons retenu une échelle de mesure du GSE construite de 10 items. Pour le facteur 1, nous avons l'**item 2** « Si quelqu'un s'oppose à moi, je trouve toujours les moyens pour arriver à ce que je voulais », l'**item 3** « Il est facile pour moi de maintenir mes objectifs et de les accomplir », l'**item 4** « J'ai confiance en moi-même, je peux gérer efficacement les événements inattendus », l'**item 7** « Je confronte les problèmes calmement parce que j'ai confiance en mes compétences à les résoudre », l'**item 8** « Quand je fais face à un problème,

généralement, je peux trouver plusieurs solutions », l'**item 9** « Quand je me trouve dans un piège, je trouve toujours comment faire pour m'en sortir » et l'**item 10** « Malgré tout je trouve toujours une solution ». Pour le facteur 2, nous avons l'**item 6** « Je peux résoudre la plupart des problèmes si j'investis les efforts nécessaires ». Pour le facteur 3, nous avons l'**item 1** « J'arrive toujours à résoudre mes problèmes difficiles si j'essaye assez fort ». Chacun de ces items contribuent efficacement à l'explication du facteur retenu suite à l'analyse factorielle des composantes principales.

2.4. "Ways of Coping Checklist" (WCC)

2.4.1. Coping centré sur l'émotion

Items	3 Facteurs			Qualité de représentation
	1	2	3	
COPING2	,295	653	180	,546
COPING5	836	010	,174	,730
COPING8	075	177	926	,894
COPING11	637	447	054	,609
COPING14	654	,409	213	,640
COPING17	683	006	,250	,529
COPING20	500	736	,214	,837
COPING23	762	,119	155	,619
COPING26	615	,209	186	,457
Nombre d'items	9			
Alpha de Cronbach	0,729			
KMO	0,625			
Signification de Bartlett	0			
Valeur propre	6,360			
Variance totale expliquée	65,121%			

Tableau 2.7.22 : Validité discriminante et fiabilité du coping centré sur l'émotion

L'échelle de mesure du coping centré sur l'émotion est fiable avec un alpha de Cronbach égal à 0,729 (>0,7). L'ACP est acceptable (KMO=0,622) et la significativité de Bartlett est inférieure à 0,05 (signification=0<0,05). Les qualités de représentation des items sont bonnes avec une contribution à l'explication du modèle supérieure à 0,5. Le logiciel SPSS.18 a retenu trois facteurs qui ont une valeur propre supérieure à 1 en expliquant

65,121% de la variance totale. Nous avons retenu une échelle de mesure du coping centré sur l'émotion construite des neuf items qui contribuent efficacement à l'explication des trois facteurs retenus suite à l'analyse factorielle des composantes principales. Pour le facteur 1, nous avons l'**item 5** « J'ai souhaité pouvoir modifier le cours des choses et que le problème ne me soit pas arrivé », l'**item 11** « J'ai espéré qu'un miracle se produirait », l'**item 14** « Je me suis culpabilisé », l'**item 17** « J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux », l'**item 23** « J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude envers le problème que j'ai vécu », l'**item 26** « Je me suis critiqué(e) de ne pas avoir pris davantage soin de ma santé ». Pour le facteur 2, nous avons l'**item 2** « J'ai souhaité que le problème disparaisse ou finisse », l'**item 20** « J'ai essayé de ne pas penser à ce qui m'est arrivé ». Pour le facteur 3, nous avons l'**item 8** « Je me suis senti mal de ne pouvoir éviter le problème ».

2.4.2. Coping centré sur le problème

Items	2 Facteurs		Qualité de représentation
		2	
COPING1	,1 82	, 757	,606
COPING4	,7 08	- ,539	,792
COPING7	,6 49	, 215	,468
COPING10	,7 56	- ,474	,797
COPING13	,6 52	- ,246	,486
COPING16	,7 91	, 362	,756
COPING19	,7 82	, 212	,656
COPING22	,6 25	- ,052	,394
COPING25	,7 23	- ,132	,540
COPING27	,7 95	, 376	,773
Nombre d'items	10		
Alpha de Cronbach	0,854		
KMO	0,758		
Signification de Bartlett	0		
Valeur propre	6,468		
Variance totale expliquée	62,683%		

Tableau 2.7.23 : Validité discriminante et fiabilité du concept coping centré sur le problème

L'échelle de mesure du coping centré sur le problème est très fiable avec un alpha de Cronbach égal à 0,854 ($>0,7$). L'ACP est acceptable (KMO=0,758) et la significativité de Bartlett est inférieure à 0,05 (signification=0 $<0,05$). Les qualités de représentation des items sont bonnes avec une contribution à l'explication du modèle supérieure à 0,5. Le logiciel SPSS.18 a retenu deux facteurs qui ont une valeur propre supérieure à 1 en expliquant 62,683% de la variance totale. Nous avons retenu une échelle de mesure du coping centré sur le problème construite des dix items qui contribuent efficacement à l'explication des deux

facteurs retenus suite à l'analyse factorielle en composantes principales. Pour le facteur 1, nous avons l'**item 4** « Je me suis battu pour m'en sortir », l'**item 7** « J'ai changé positivement le cours des choses », l'**item 10** « J'ai pris les choses une par une », l'**item 13** « Je me suis concentré sur un aspect positif qui pourrait apparaître après », l'**item 16** « Je suis sorti plus fort de la situation », l'**item 19** « J'ai changé d'habitudes et de comportements pour que tout puisse bien finir », l'**item 22** « J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de survivre la première idée », l'**item 25** « J'ai trouvé une ou deux solutions au problème » et l'**item 27** « Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour m'en sortir ». Pour le facteur 2, nous avons l'**item 1** « J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi ».

2.4.3. Coping orienté sur la recherche de soutien

Items	3 Facteurs			Qualité de représentation
	1	2	3	
COPING3	468	611	378	,735
COPING6	786	,171	,139	,666
COPING9	691	,373	,049	,619
COPING12	469	,266	,254	,355
COPING15	,152	882	070	,807
COPING18	791	220	051	,677
COPING21	306	715	,412	,775
COPING24	205	,134	883	,840
Nombre des items	8			
Alpha de Cronbach	0,555			
KMO	0,555			
Signification de Bartlett	0,014			
Valeur propre	5,473			
Variance totale expliquée	68,413%			

Tableau 2.7.24 : Validité discriminante et fiabilité du coping orienté vers la recherche de soutien

L'échelle de mesure de MHLC n'est pas fiable avec un alpha de Cronbach égal à 0,555 (<0,7). L'ACP est acceptable (KMO=0,555) et la significativité de Bartlett est inférieure à

0,05 (signification=0>0,05). Les qualités de représentation des huit items ne sont pas toutes bonnes. Dans ce cas, nous éliminons les items 12 et 24 mal représentés.

Items	Facteurs		Qualité de représentation
		2	
COPING3	,6 50	,417	,596
COPING6	,7 09	-,449	,704
COPING9	,5 80	-,644	,751
COPING15	,1 41	,888	,808
COPING18	,7 86	,000	,618
COPING21	,5 34	,555	,593
Nombre d'items	6		
Alpha de Cronbach	0,607		
KMO	0,601		
Signification de Bartlett	0,002		
Valeur propre	4,070		
Variance totale expliquée	67,841%		

Tableau 2.7.25 : Validité discriminante et fiabilité du coping orienté vers la recherche de soutien après la purification

Après l'élimination des items coping 12 et coping 24 la fiabilité de l'échelle s'est un peu améliorée. Nous avons retenu une échelle de mesure du coping recherche de soutien construite des six items suivants : coping 3, coping 6, coping 9, coping 15, coping 18 et coping 21. Chacun de ces items contribue efficacement à l'explication du facteur retenu suite à l'analyse factorielle des composantes principales. Nous avons eu une échelle de mesure du coping orienté vers la recherche de soutien construite de six items. L'ensemble des items contribue efficacement à l'explication des deux facteurs retenus suite à l'analyse factorielle en composantes principales. Pour le facteur 1, nous avons l'**item 3** « J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais », l'**item 6** « J'ai sollicité l'aide du médecin ou de l'infirmier et j'ai fait ce qu'on m'a conseillé », l'**item 9** « J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis » et l'**item 18** « J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet

de mon problème ». Pour le facteur 2, nous avons l'**item 15** « J'ai gardé pour moi mes émotions » et l'**item 21** « J'ai essayé de ne pas m'isoler ».

3. AFC appliquée aux résultats obtenus de l'entretien avec les proches (thème 2)

Les causes de la maladie selon les proches sont multiples et sont soit internes soit externes. (Annexe IV-1). Nous avons 10 variables nominales dichotomiques où les réponses s'expriment par un choix entre "oui" ou "non". Les causes internes sont : le stress lié à la personne du malade, l'hérédité (en tant que prédisposition génétique), la consommation de tabac et alcool, l'alimentation malsaine et le manque de contrôles médicaux et de prévention. Les causes externes sont : le stress lié à l'environnement et au mode de vie moderne, le stress lié à l'environnement professionnel, Dieu, l'hérédité (en tant que transmission parentale) et les problèmes de santé.

Etant donné le nombre élevé des causes de la maladie cancéreuse retenues des entretiens des proches, nous avons eu recours à une analyse factorielle de correspondance (AFC) pour les données. Appelée aussi analyse en composantes principales pour les variables nominales (CATPCA), l'AFC est applicable pour les variables qualitatives afin de réduire le nombre de variables en regroupant les modalités les plus liées entre elles dans un même facteur. Nous retenons, finalement, un nombre réduit de facteurs. Nous avons donc regroupé les modalités les plus corrélées entre elles en un même facteur. Nous retenons les facteurs qui ont des valeurs propres supérieures à "1 divisé par le nombre de variables". Nous avons 10 variables qui représentent les "causes internes et externes des proches". Les valeurs propres des facteurs retenus sont supérieures à 10% (1/10 variables) dont 23,99% expliquées par le premier facteur et 17,07% par le deuxième.

Le premier facteur contient trois causes internes et trois autres externes : l'hérédité (en tant que cause interne), le manque de contrôles médicaux et de prévention et le stress lié à l'environnement et au mode de vie moderne. Ces causes s'opposent au stress lié à la personne du malade, à l'hérédité externe et au problème de santé. Le deuxième facteur regroupe aussi trois causes internes et trois autres externes : la consommation du tabac et de l'alcool, l'alimentation malsaine et le stress lié à l'environnement professionnel. Ce facteur s'oppose légèrement à la considération de la volonté du Dieu comme une cause de la maladie. L'ensemble de ces résultats est résumé dans le tableau suivant :

	Facteur 1		Facteur 2	
	Modalité	Représentativité	Modalité	Représentativité
Variables	-Stress lié à la personne du malade (0,307)	Non (,30)	-Consommation de tabac et alcool (0,639)	Oui (1,47)
	-Hérédité interne(0,397)	Oui (2,88)	-Alimentation malsaine (0,143)	Oui (,95)
	-Manque de contrôles médicaux et de prévention (0,628)	Oui (1,99)	-Stress lié à l'environnement professionnel (0,144)	Oui (,70)
	-Stress lié à l'environnement et au mode de vie moderne (0,508)	Oui (1,16)	-Dieu (0,269)	<i>Non (,07) (effet explicatif négligeable parce que proche de 0)</i>
	-Hérédité externe (0,141)	Non (,11)		
	-Problème de santé (0,144)	Non (,12)		
% valeurs propres	23,99%		17,07%	

Tableau 2.7.26 : AFC des causes de la maladie cancéreuse selon les proches

CHAPITRE 8. Test des hypothèses, résultats et interprétation des résultats :

test de la 1^{ère} hypothèse

Nous testons ici la 1^{ère} hypothèse selon laquelle les déterminants personnels (NSC, âge et genre), environnementaux (perception des proches des causes de la maladie) ainsi que les particularités de la maladie (type de cancer) ont un effet direct sur le choix des stratégies de coping. Avant cela, l'analyse descriptive des résultats obtenus de l'entretien (thème 4) et du questionnaire mesurant le coping chez les malades et les infirmiers sera présentée ci-dessous. L'ensemble des méthodes d'analyse des données obtenues auprès des malades et des infirmiers est présenté dans les annexes (Vet VI).

1. Analyse descriptive des résultats du coping chez les malades et les infirmiers

La variable dépendante (choix des stratégies de coping) est composée de trois modalités : coping centré sur le problème, coping centré sur l'émotion et coping orienté vers la recherche de soutien. L'analyse descriptive des résultats du questionnaire mesurant le coping nous a révélé que 66,65 % des participants choisissent les stratégies de coping centré sur le problème. (Annexe VII-13) 54,3 % choisissent les stratégies de coping centré sur l'émotion. (Annexe VII-14) 56,5 % recourent aux stratégies de coping orientées vers la recherche de soutien. (Annexe VII-15)

D'autres stratégies de coping ont été décelées chez les patients cancéreux auprès desquels nous avons mené des entretiens. Il s'agit du coping "religieux", coping "recours non-conventionnels", coping "épanouissement" et coping "hygiène de vie". Pour ce qui est du coping "religieux" certains malades affirment qu'ils ont cherché dans la religion des pensées et des pratiques spirituelles pour remédier à leur maladie et souffrance (ex : prier, lire le coran, demander pardon et grâce au Bon Dieu, se faire soigner avec des rituels religieux comme le jeûne, etc.). Certains autres ont eu des "recours non-conventionnels" à travers des pratiques, qui peuvent être absurdes et dérisoires, telles que le recours à des recettes étranges (ex : manger un serpent et autres animaux bizarres, plantes exotiques), sortes de pansements (pâtes à base de plantes et algues), voir un "médecin spirituel", etc. Certains patients ont eu recours à un coping centré sur "*l'épanouissement personnel*" ou l'appréciation de la vie en général en pratiquant diverses activités (ex : sorties en la mer, au bois, randonnées avec la famille, lire, regarder la télé, écouter la musique, etc.). Enfin, d'autres soignent davantage leur "hygiène de vie" (ex : se relaxer, éviter les sources de stress et de fatigue, être actif et remplir ses devoirs dans la marge du possible, une alimentation saine, rompre avec le tabac et l'alcool, etc.).

L'analyse descriptive des résultats obtenus de l'analyse de contenu des entretiens menés avec 56 malades nous a révélé que 48 d'entre eux (soit 82,7 %) ont eu recours au coping "religieux". La fréquence d'occurrence de ce type de coping est élevée (cité 130 fois par les 48 malades). La fréquence d'occurrence est de l'ordre de 5 pour deux malades, de 4 pour 10 malades, de 3 pour 15 malades, de 2 pour 14 malades et enfin de 1 pour 7 autres malades. (Annexe VII-16)

43 % des malades (25 sujets) ont opté pour des "recours non-conventionnels". La fréquence d'occurrence de ce type de coping est de l'ordre de 48 pour l'ensemble de ces malades. (Annexe VII-17)

32,7 % des malades (19 sujets) ont eu recours à "l'épanouissement personnel". La fréquence d'occurrence de ce type de coping est de l'ordre de 32 pour l'ensemble de ces malades. (Annexe VII-18)

56,9 % des malades (33 sujets) ont eu recours à un coping centré sur "l'hygiène de vie". La fréquence d'occurrence de ce type de coping est de l'ordre de 51 pour l'ensemble de ces malades. (Annexe VII-19)

Il ressort de l'ensemble des résultats obtenus des entretiens menés avec les 56 malades interviewés que les malades tunisiens recourent à plusieurs stratégies de coping. La stratégie de coping la plus employée est celle centrée sur la religion-spiritualité (prière et jeûne pour soulager les douleurs physiques et psychiques), puis celle centrée sur l'hygiène de vie. Les malades essaient de mener une vie moins stressante et plus saine (manger sain, éviter les sources de stress). Ensuite et parmi les recours non-conventionnels, une stratégie qui est moins fréquente que celles précédentes, est de consulter un "médecin spirituel" ou un guérisseur. Dans un dernier rang, les malades ont recours au coping centré sur l'épanouissement personnel (se détendre à travers multiples activités).

Quant aux infirmiers, il faut tout d'abord rappeler qu'à travers leur contrôle perçu et stratégies de coping, ils font partie des déterminants environnementaux (à côté des proches) qui semblent prédire le coping des malades face à leur maladie. Une comparaison des moyennes entre le groupe des infirmiers et celui des malades n'est pas possible. Au fait, le groupe des infirmiers ne correspond pas à celui des malades. Au sein de l'hôpital du jour, chaque malade peut être pris en charge par n'importe quel infirmier pour avoir sa chimiothérapie. Par conséquent, nous ne sommes pas parvenus à réaliser des ANOVA pour chercher l'effet de *modeling* que peut jouer la perception des infirmiers (contrôle de l'évolution de la maladie ainsi que le choix des stratégies de coping) sur celle des malades. Nous avons, donc, eu recours à une analyse descriptive pour voir s'il y avait concordance ou discordance entre malades et infirmiers quant au contrôle perçu de la maladie cancéreuse ainsi que sur le plan des stratégies de coping choisies. L'analyse des résultats du questionnaire coping administré aux 25 infirmiers montre que ces derniers ont eu recours (face à un problème de santé qu'ils ont vécu et qui les a particulièrement bouleversés) aux trois types de coping à parts égales (52 % pour chaque type). Les résultats portant sur le contrôle perçu cherché auprès des infirmiers seront présentés dans une phase postérieure. (Annexe VII-20)

2. Effet des déterminants personnels sur le choix de stratégies de coping

2.1. Effet du NSC (élevé, moyen et bas) sur le choix des stratégies de coping

Les résultats du test ANOVA montrent que la différence entre les trois niveaux socio-culturels existe seulement au niveau du choix de la stratégie de coping centré sur le problème. La significativité du test ANOVA pour le coping orienté vers la recherche de soutien = 0.260, celle pour le coping centré sur l'émotion=0.107 et celle du coping centré sur le problème=0.00. Cette différence est statistiquement significative au seuil de 5% ($p=0<0,05$). La moyenne la plus forte du choix du coping lié au problème est attribuée aux participants qui ont un NSC élevé ($m=,48$) et la plus faible est attribuée à ceux ayant un NSC bas ($m=-0,64$). Par contre, le NSC n'affecte pas le choix des stratégies de coping centré sur l'émotion et le coping orienté vers la recherche de soutien.

2.2. Effet de l'âge (-45 ans/+45 ans) sur le choix des stratégies de coping

Nous avons eu recours au test T de student puisqu'il s'agit de comparaison entre deux modalités (deux groupes) dans un même échantillon. Si le test de Levene est significatif pour l'hypothèse des variances égales nous interprétons la significativité du test de Student qui correspond à cette hypothèse. Si le test de Levene est significatif pour l'hypothèse des variances non égales nous interprétons la significativité du test de Student qui correspond à cette hypothèse. Autrement dit, lorsque le test de Levene est significatif nous interprétons la significativité du test de Student selon l'égalité ou la non égalité des variances de l'hypothèse.

Le test de Levene sur l'égalité des variances n'est significatif qu'au niveau du choix de coping lié au problème. Mais le test de Student qui correspond à l'hypothèse de variance égale n'est pas significatif : il n'y a pas de différence entre les malades les plus jeunes (-45 ans) et les moins jeunes (+45 ans) dans le choix du coping centré sur le problème. De même, pour le choix du coping centré sur l'émotion et celui lié à la recherche de soutien, les tests de Levene et de Student ne sont pas significatifs.

2.3. Effet du genre (Homme/Femmes) sur le choix des stratégies de coping

Les tests de Levene et de Student ne sont significatifs pour aucun des trois types de coping (coping centré sur le problème, centré sur l'émotion et orienté vers la recherche de soutien). Autrement dit, il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes dans le choix de ces stratégies de coping.

3. Effet de la perception des proches des causes du cancer sur le choix de stratégies du coping

Nous avons mené des entretiens avec 22 proches pour 22 malades en raison d'un proche par malade (voir partie "présentation des échantillons"). D'après l'analyse descriptive, des causes internes et externes explicatives de la maladie cancéreuse ont été attribuées par les proches. Parmi les causes internes il y a le stress lié à la personne du malade (personnalité hyper-sensible, hyperactive, hyper-émotionnelle), l'hérédité et la consommation du tabac et de l'alcool. Concernant les causes externes, il y a le stress lié à l'environnement et au mode de vie moderne, le stress lié à l'environnement professionnel et Dieu. Les tests des analyses de régressions linéaires multiples³ ne sont pas significatifs au niveau de risque d'erreur égal à 5%, leurs significativités sont supérieures à 0,05. Les causes internes et externes perçues par les proches des malades n'influencent le choix d'aucun type de coping.

4. Effet de la particularité de la maladie (type de cancer : sein/colorectal) sur le choix des stratégies du coping

La troisième variable indépendante "déterminants médicaux" est composée, comme indiqué dans le schéma du modèle théorique, de quatre modalités (nature, type, phase et gravité de la maladie). Seule la modalité "type de cancer" (cancer du sein/cancer colorectal) est concernée dans le test des hypothèses. Les autres modalités sont déjà contrôlées, les participants présentent tous une affection cancéreuse (nature), maladie perçue généralement comme potentiellement grave (gravité) et sont en phase curative (traitement par chimiothérapie). Les tests de Levene et de Student ne sont pas significatifs pour les différents types de coping. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les malades ayant un cancer colorectal et les malades ayant un cancer du sein dans le choix des stratégies de coping.

³ - La régression linéaire multiple est d'application lorsqu'une variable dépendante est à expliquer en fonction de plusieurs variables (variables indépendantes explicatives).

**CHAPITRE 9. Test des hypothèses, résultats et interprétation des résultats :
test de la 2^{ème} hypothèse**

Nous testons la 2^{ème} hypothèse selon laquelle le contrôle perçu des malades exerce une action partielle sur l'effet des déterminants personnels, environnementaux et des particularités de la maladie sur les choix des stratégies de coping. Nous présentons au fur et à mesure les résultats de l'analyse descriptive obtenus par l'entretien et les questionnaires mesurant les différentes variables médiatrices.

1. Effet médiateur du degré d'optimisme

L'analyse descriptive des données obtenues du questionnaire mesurant l'optimisme (LOT-R) nous a révélé que 53,3 % des participants malades (N=105) sont généralement optimistes. (Annexe VII-21) Ce résultat est consolidé par ceux obtenus dans les entretiens que nous avons menés avec 56 des 105 malades. Il ressort des entretiens que 73,2 % des participants sont optimistes par rapport à leur perception de contrôle de l'évolution de leur maladie dont 37,5 % sont des optimistes réalistes. (Annexe VII-22 et VII-23)

Quant aux résultats de l'analyse descriptive des données recueillies auprès des participants infirmiers (N=25) nous avons trouvé que 58 % d'eux sont généralement optimistes.

1.1. Effet des déterminants personnels sur le choix de stratégies du coping médiatisé par l'optimisme

Nous avons appliqué trois tests de comparaison des moyennes des choix de stratégies de coping en lien avec le niveau socio-culturel (NSC), l'âge et le sexe des malades. Pour tester le rôle médiateur du degré d'optimisme, nous avons comparé les résultats de chaque test visant les malades qui tendent vers le pessimisme (codé : Non) à ceux des malades qui tendent vers l'optimisme (codé : Oui). Le score total d'optimisme mesuré par le LOT-R est de l'ordre de 12 points. Les malades qui atteignent un score de 6 points, au minimum, sont ceux qui tendent vers l'optimisme. Les malades qui ont un score inférieur à 6 points sont ceux qui tendent vers le pessimisme.

1.1.1. Effet du NSC sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le degré d'optimisme (test ANOVA)

1.1.1.1. Effet du NSC sur le choix du coping centré sur le problème médiatisé par l'optimisme

L'effet du NSC du malade sur le choix des stratégies du coping sous la médiation du degré d'optimisme est traité par le test de comparaison des moyennes. Il s'agit de la comparaison des moyennes des stratégies de coping des malades ayant un NSC élevé, moyen ou bas.

Pour les malades qui tendent vers le pessimisme la comparaison des moyennes des stratégies de coping centré sur le problème est significative ($p=0,006<0,05$). La significativité du test ANOVA est de l'ordre de 0.590. La plus forte moyenne correspond aux malades ayant un NSC élevé ($m=,83$).

Pour les malades qui tendent vers l'optimisme, la comparaison est significative ($p=0,007$). La plus forte moyenne correspond toujours à ceux ayant un NSC élevé ($m=,81$). Nous constatons donc que les malades ayant un NSC élevé, qu'ils tendent vers l'optimisme ou vers le pessimisme, choisissent des stratégies de coping centré sur le problème pour faire face à leur cancer.

1.1.1.2. Effet du NSC sur le choix du coping centré sur l'émotion médiatisé par l'optimisme

Pour les malades qui tendent vers l'optimisme, la comparaison n'est pas significative ($p=0,652>0,05$). Le niveau socio-culturel n'a pas d'effet sur le choix du coping lié aux émotions chez les malades optimistes.

Pour les malades qui tendent vers le pessimisme, la comparaison des moyennes des stratégies de coping centré sur l'émotion est significative ($p=0,039<0,05$). La plus forte moyenne correspond aux malades ayant un NSC bas ($m=,84$). Le résultat du test ANOVA est de l'ordre de 0.039. Nous constatons que l'orientation vers le pessimisme stimule l'effet du NSC bas sur le choix du coping centré sur l'émotion.

Il est nécessaire de souligner que le terme "**stimule**" désigne ici et dans les cas qui suivent la présence d'une médiation totale. Autrement dit, l'effet direct d'une variable indépendante sur la variable dépendante, qui a été inexistant lors du test de la 1^{ère} hypothèse, a fait son apparition sous l'effet d'une variable médiatrice quelconque. On dit donc que la variable médiatrice X a transmis totalement l'effet de la variable indépendante Y sur la variable dépendante Z.

Dans le présent cas, il s'agit de la variable médiatrice "optimisme", dans sa modalité "tendance vers le pessimisme", qui a fait apparaître un effet qui a été inexistant lors du test de la 1^{ère} hypothèse, celui du NSC bas sur le choix des stratégies de coping centré sur l'émotion. On peut ainsi conclure que l'orientation vers le pessimisme transmet totalement l'effet du NSC bas sur le choix du coping centré sur l'émotion.

1.1.1.3. Effet du NSC sur le choix du coping centré sur la recherche de soutien médiatisé par l'optimisme

Les comparaisons des moyennes des stratégies de coping centré sur la recherche de soutien ne sont pas significatives quelque soit le niveau d'optimisme des malades.

1.1.2. Effet de l'âge sur le choix des stratégies du coping médiatisé par l'optimisme (Test ANOVA)

L'effet de l'âge du malade sur le choix des stratégies du coping sous la médiation du degré d'optimisme est traité par comparaison des moyennes. Il s'agit de la comparaison des moyennes des stratégies de coping des patients classifiés en deux tranches d'âge (-45ans et +45 ans). Les tests ANOVA ne sont significatifs ni pour les pessimistes ni pour les optimistes. Toutes les significativités dépassent le seuil de risque d'erreur de 5%. Par conséquent, le degré d'optimisme ou de pessimisme ne médiatise pas l'effet de l'âge sur le choix des stratégies de coping.

1.1.3. Effet du genre sur le choix des stratégies du coping médiatisé par l'optimisme (test ANOVA)

L'effet du genre sur le choix des stratégies du coping sous la médiation du degré d'optimisme est traité par le test de comparaison des moyennes. Il s'agit de la comparaison des moyennes des stratégies de coping des malades hommes par rapport aux femmes.

Pour les participants plutôt pessimistes, la comparaison des moyennes du choix des stratégies de coping centré sur le problème est significative ($p=0,002<0,05$). La plus forte moyenne correspond aux femmes ($m=,64$). Par conséquent, nous constatons que la tendance vers le pessimisme stimule l'orientation des femmes vers le du coping centré sur le problème. Ainsi, la variable médiatrice "optimisme/pessimisme", dans sa modalité "tendance vers le pessimisme", fait apparaître un effet qui n'a pas existé lors du test de la 1^{ère} hypothèse, celui du genre (femme) sur le choix des stratégies de coping centré sur le problème. Il s'agit donc d'une médiation totale. On peut ainsi conclure que la tendance vers le pessimisme transmet totalement l'effet du genre (femme) sur le choix du coping centré sur le problème.

Par contre, pour les optimistes, la comparaison n'est pas significative ($p=0,5>0,05$) : la nature du sexe n'a pas d'effet sur le choix du coping centré sur le problème.

Concernant les autres types de coping (centré sur l'émotion et recherche de soutien), les comparaisons entre les hommes et les femmes ne sont pas significatives : les significativités des tests ANOVA excèdent le seuil de risque d'erreur de 5%.

1.2. Effet de la particularité de la maladie (type de cancer) sur le choix de stratégies du coping médiatisé par l'optimisme (test de comparaison des moyennes)

L'effet de la particularité de la maladie (type de cancer : sein/colorectal) sur le choix des stratégies du coping sous la médiation du degré d'optimisme est traité par le test de

comparaison des moyennes. Il s'agit de la comparaison des moyennes des stratégies de coping des patients ayant un cancer colorectal et d'autres ayant un cancer du sein.

Pour les malades qui tendent vers le pessimisme la comparaison des moyennes du choix des stratégies de coping centré sur le problème est significative ($p=0,002<0,05$). La plus forte moyenne correspond aux femmes qui souffrent du cancer du sein ($m=,64$). Par contre, pour ceux qui tendent vers l'optimisme cette comparaison n'est pas significative ($p=0,5>0,05$). Par conséquent, nous constatons que la tendance vers le pessimisme stimule l'orientation des femmes qui souffrent du cancer du sein vers le choix du coping centré sur le problème. L'effet de la variable médiatrice "optimisme", dans sa modalité "tendance vers le pessimisme", a fait apparaître un effet qui a été inexistant lors du test de la 1^{ère} hypothèse, celui de la particularité de la maladie (cancer du sein) sur le choix des stratégies de coping centré sur le problème. On peut ainsi conclure que la tendance vers le pessimisme transmet totalement l'effet de la particularité de la maladie (cancer du sein) sur le choix du coping centré sur le problème.

Concernant les autres types de coping (centré sur l'émotion et orienté vers la recherche de soutien) les comparaisons entre les types de cancer ne sont pas significatives, car les significativités des tests ANOVA dépassent le seuil de risque d'erreur de 5%.

1.3. Effet de la perception des proches des causes du cancer sur le choix des stratégies du coping médiatisé par l'optimisme (test des analyses des régressions linéaires multiples)

Les tests des analyses de régressions linéaires multiples des moindres carrés WLS pondérés par le degré d'optimisme ne sont pas significatifs au niveau du risque d'erreur à 5% car leurs significativités sont supérieures à 0,05. Les causes (internes et externes) perçues par les proches n'affectent pas le choix d'aucun type de coping et ce même sous la médiation de l'optimisme.

2. Effet médiateur du sentiment d'efficacité personnelle (SEP)

L'analyse descriptive des résultats obtenus par le questionnaire mesurant le SEP nous a révélé que 57,1 % des malades ($N=105$) se perçoivent, généralement, comme efficaces. (Annexe VII-24) Ce résultat est renforcé par ceux obtenus de l'entretien que nous avons mené avec 56 des 105 malades. Il ressort des entretiens que 71,4 % des participants se sentent efficaces, 48,2 % se déclarent se sentir efficaces grâce à leur forte personnalité et 23,2 se déclarent ainsi parce qu'ils pensent au succès de la médecine et la possibilité de traitement de leur maladie. (Annexe VII-25 et VII-26) Par contre, 35,7 % des malades se sentent inefficaces

dont 10,7 % se voient de faible personnalité, 8,9 % pensent qu'ils ne peuvent rien faire face à une telle maladie, 12,5 % voient leur état de santé se dégrader, enfin 3,6 % ont évoqué d'autres raisons. (Annexe VII-27 ; VII-28 ; VII-29 et VII-30)

En ce qui concerne les infirmiers, d'après l'analyse descriptive, 60 % se perçoivent généralement comme des personnes efficaces.

2.1. Effet des déterminants personnels sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le SEP

2.1.1. Effet du NSC sur le choix de stratégies de coping médiatisé par le degré du SEP (test ANOVA)

L'effet du NSC sur le choix des stratégies du coping sous l'effet médiateur du degré du SEP est testé par le test ANOVA.

Pour les malades qui se sentent les moins efficaces, la comparaison des moyennes des stratégies de coping centré sur le problème est significative ($p=0,003<0,05$). La plus forte moyenne correspond aux personnes ayant un NSC élevé ($m=,75$).

Pour les malades qui se sentent les plus efficaces la comparaison est significative ($p=0,048$). La plus forte moyenne correspond toujours aux participants ayant un NSC élevé ($m=,85$).

Ainsi, quel que soit le sentiment d'efficacité personnelle (se sentir plutôt efficace ou plutôt inefficace) les stratégies du coping centré sur le problème sont toujours choisies par les malades ayant un NSC élevé. Un fort degré du sentiment d'efficacité personnelle renforce le choix du coping centré sur le problème chez les malades de NSC élevé puisque la moyenne du degré de ce choix passe de 0,75 à 0,85.

Concernant les autres types de coping (centré sur l'émotion et orienté vers la recherche de soutien) les comparaisons entre les NSC ne sont pas significatives car les significativités des tests ANOVA dépassent le seuil de risque d'erreur de 5%.

2.1.2. Effet de l'âge sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le degré du SEP (test de comparaison des moyennes)

L'effet du NSC sur le choix des stratégies du coping sous la médiation du degré du SEP est traité par le test ANOVA. Les tests ANOVA ne sont significatifs ni avec les malades qui se sentent les plus inefficaces ni avec ceux qui se sentent les plus efficaces, toutes les significativités dépassent le seuil de risque d'erreur de 5%. Par conséquent, le degré du

sentiment d'efficacité personnelle ne médiatise pas l'effet de l'âge sur le choix des stratégies de coping.

2.1.3. Effet du genre sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le degré du SEP (test de comparaison des moyennes)

L'effet du genre sur le choix des stratégies de coping sous la médiation du degré du SEP est traité par le test ANOVA. Pour les malades qui se sentent les plus efficaces la comparaison des moyennes des stratégies de coping centré sur le problème est significative ($p=0,038<0,05$). La plus forte moyenne correspond aux femmes ($m=,82$). Par conséquent, le sentiment d'efficacité personnelle stimule l'orientation des femmes vers le choix d'un coping centré sur le problème. Il s'agit donc d'une médiation totale. On peut ainsi conclure qu'un fort SEP transmet totalement l'effet du genre "femme" sur le choix du coping centré sur le problème. Par contre, pour les malades qui se sentent les plus inefficaces cette comparaison n'est pas significative ($p=0,833>0,05$). Dans ce cas, la nature du sexe n'a pas d'effet sur le choix du coping centré sur le problème.

Concernant le coping centré sur l'émotion et celui orienté vers la recherche de soutien les comparaisons entre les malades hommes et femmes ne sont pas significatives. Les significativités des tests ANOVA sont supérieures au seuil de risque d'erreur (5%).

2.2. Effet de la particularité de la maladie (type de cancer) sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le degré du SEP (test de comparaison des moyennes)

L'effet de la particularité de la maladie, ou type de cancer (sein/colorectal), sur le choix des stratégies de coping sous la médiation du degré du SEP est traité par le test ANOVA. Pour les malades qui se sentent les plus efficaces la comparaison des moyennes du choix des stratégies de coping centré sur le problème est significative ($p=0,038<0,05$). La plus forte moyenne correspond aux femmes souffrant du cancer du sein ($m=,82$). Par conséquent, un fort degré de sentiment d'efficacité stimule l'orientation des femmes souffrant d'un cancer du sein vers le choix du coping centré sur le problème. Il s'agit donc d'une médiation totale. On peut ainsi conclure qu'un fort SEP transmet totalement l'effet du type de cancer "cancer du sein" sur le choix du coping centré sur le problème. Par contre, pour ceux qui se sentent les plus inefficaces, la comparaison n'est pas significative ($p=0,833>0,05$). Dans ce cas, la particularité de la maladie ou type de cancer n'a pas d'effet sur le choix du coping centré sur le problème.

Concernant le coping centré sur l'émotion et celui orienté vers la recherche de soutien les comparaisons entre les deux types de cancer (colorectal et sein) ne sont pas significatives. Les significativités des tests ANOVA dépassent le seuil de risque d'erreur (5%).

2.3. Effet de la perception des proches des causes du cancer sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le degré du SEP (test des analyses des régressions linéaires multiples)

Les tests des analyses de régressions linéaires multiples des moindres carrés WLS pondérés par le degré du SEP ne sont pas significatifs au niveau de risque d'erreur égal à 5%. Leurs significativités sont supérieures à 0,05. Les causes internes et externes perçues par les proches n'ont pas d'effet sur le choix d'aucun des trois types de coping, et ce même sous l'effet médiateur du SEP.

3. Effet médiateur du LOC de l'évolution de la maladie cancéreuse

3.1. Effet médiateur du LOC Interne sur le choix des stratégies de coping

L'analyse descriptive nous a révélé que 61% des malades (N=105) perçoivent que le contrôle de l'évolution de leur maladie (MHLC-Interne) dépend de leurs comportements et conduites. (Annexe VII-31) Nous rappelons que nous avons ressorti de l'analyse de contenu des réponses des malades interviewés (N=56) deux types de LOC-Interne. Un premier LOC-Interne centré sur la maladie (le malade est centré sur tout ce qui est en lien avec sa maladie pour la contrôler, comme le fait de suivre son traitement, ne pas rater les contrôles médicaux, suivre les conseils de son médecin, etc.). Ce type de LOC renvoie à ce qu'on appelle "observance médicale". Un deuxième LOC-Interne centré sur la personne du malade (le malade est centré sur sa propre personne, il prend davantage soin de sa santé, de son régime alimentaire, exerce un sport, évite de se stresser, prie Dieu, essaye d'oublier la maladie, etc.). L'analyse descriptive des résultats de cette analyse de contenu a révélé que la fréquence d'occurrence du LOC-Interne centré sur la maladie (observance médicale) est de l'ordre de 31 alors que celle du LOC-Interne centré sur la personne du malade est de 20. Nous pouvons conclure que les participants s'intéressent davantage à la maladie et à son traitement qu'à leur personne.

Quant aux infirmiers, d'après l'analyse descriptive des données obtenues du questionnaire "MHLC", nous avons trouvé que 58 % d'eux perçoivent que le contrôle de leur problème de santé dont il est question est interne (MHLC-Interne).

3.1.1. Effet des déterminants personnels sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le LOC-Interne

3.1.1.1. Effet du NSC sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le LOC-Interne

L'effet du NSC sur le choix des stratégies du coping médiatisé par un LOC-Interne est traité par le test ANOVA. Pour les patients qui ont une forte perception que le contrôle de l'évolution de leur cancer est interne, la comparaison des moyennes du choix des stratégies de coping centré sur le problème est significative ($p=0<0,05$). La plus forte moyenne correspond aux patients ayant un NSC élevé ($m=,86$). Par conséquent, la forte perception qu'un LOC-Interne détermine l'évolution de la maladie cancéreuse renforce l'effet du NSC élevé sur le choix du coping centré sur le problème. Par contre, pour ceux qui ont une faible perception que le contrôle de l'évolution de leur cancer est interne, cette comparaison n'est pas significative ($p=0,72>0,05$). Autrement dit, le NSC n'a pas d'effet sur le choix du coping lié au problème.

Pour les patients qui perçoivent fortement que le contrôle de l'évolution de leur cancer est interne la comparaison des moyennes des stratégies de coping centré sur l'émotion est significative ($p=0<0,043$). La plus forte moyenne correspond aux patients ayant un NSC bas ($m=,73$). Par conséquent, une forte perception qu'un LOC-Interne détermine l'évolution de la maladie cancéreuse stimule l'effet du NSC bas sur le choix du coping centré sur l'émotion. Il s'agit donc d'une médiation totale. On peut ainsi conclure que la forte perception du LOC-Interne transmet totalement l'effet du NSC bas sur le choix du coping centré sur l'émotion. Par contre, ceux qui ont une faible perception que le contrôle de l'évolution de leur maladie est interne la comparaison n'est pas significative ($p=0,332>0,05$). C'est-à-dire, le NSC n'a pas d'effet sur le choix du coping centré sur l'émotion.

Les comparaisons des moyennes des stratégies de coping centré sur la recherche de soutien ne sont pas significatives, quel que soit la perception du LOC-Interne.

3.1.1.2. Effet de l'âge sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le LOC-Interne

L'effet de l'âge sur le choix des stratégies du coping médiatisé par un LOC-Interne est traité par le test ANOVA. Les tests ANOVA avec la perception ou non d'un LOC-Interne ne sont pas significatifs. Toutes les significativités dépassent le seuil de risque d'erreur de 5%.

Par conséquent, la perception ou non d'un LOC-Interne de l'évolution de la maladie ne médiatise pas l'effet de l'âge sur le choix du coping.

3.1.1.3. Effet du genre sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Interne (test de comparaison des moyennes)

L'effet du genre sur le choix des stratégies du coping médiatisé par un LOC-Interne est traité par le test ANOVA. Pour les malades ayant une forte perception que des causes internes déterminent le contrôle de l'évolution de leur cancer, la comparaison des moyennes des stratégies de coping centré sur l'émotion est significative ($p=0,036<0,05$). En fait, la plus forte moyenne correspond aux femmes ($m=,60$). Par conséquent, une forte perception que les causes internes déterminent l'évolution de la maladie cancéreuse stimule l'orientation des femmes vers le choix du coping centré sur l'émotion. On peut ainsi conclure que la forte perception du LOC-Interne transmet totalement l'effet du genre (femme) sur le choix du coping centré sur l'émotion. Cependant, pour ceux ayant une faible perception que des causes internes déterminent le contrôle de l'évolution de leur cancer, la comparaison n'est pas significative ($p=0,063>0,05$). Dans ce cas, le genre du malade n'a pas d'effet sur le choix du coping centré sur l'émotion.

Concernant le coping centré sur le problème ainsi que celui orienté vers la recherche de soutien, les comparaisons entre les hommes et les femmes ne sont pas significatives. Les significativités des tests ANOVA sont supérieures au seuil de risque d'erreur (5%).

3.1.2. Effet de la particularité de la maladie (type de cancer) sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le LOC-Interne (test de comparaison des moyennes)

L'effet du type de cancer (sein/colorectal) sur le choix des stratégies du coping médiatisé par un LOC-Interne est traité par le test ANOVA. Pour les malades qui ont une forte perception que des causes internes déterminent le contrôle de l'évolution de leur cancer, la comparaison des moyennes des stratégies de coping centré sur l'émotion est significative ($p=0,036<0,05$). En fait, la plus forte moyenne correspond aux femmes souffrant du cancer du sein ($m=,60$). Par conséquent, une forte perception que les causes internes déterminent l'évolution de la maladie cancéreuse stimule l'orientation des femmes ayant un cancer du sein vers le choix du coping centré sur l'émotion. Il s'agit d'une médiation totale. On peut ainsi conclure que la forte perception du LOC-Interne transmet totalement l'effet du type de cancer (cancer du sein) sur le choix du coping centré sur l'émotion. Cependant, pour les malades qui ont une faible perception que des causes internes déterminent le contrôle de l'évolution de

leur cancer, la comparaison n'est pas significative ($p=0,063>0,05$). Dans ce cas, le type de cancer n'a pas d'effet sur le choix du coping centré sur l'émotion.

Concernant le coping centré sur le problème et celui orienté vers la recherche de soutien, les comparaisons entre les types de cancer ne sont pas significatives. Les significativités des tests ANOVA sont supérieures au seuil de risque d'erreur (5%).

3.1.3. Effet de la perception des proches des causes du cancer sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Interne (régressions linéaires multiples des moindres carrés WLS pondérés)

Les tests des analyses de régressions linéaires multiples des moindres carrés WLS pondérés par le LOC-Interne ne sont pas significatifs au niveau de risque d'erreur égal à 5%. Les significativités qui correspondent au coping centré sur le problème, celui centré sur l'émotion et celui orienté vers la recherche de soutien sont supérieures à 0,05. Ce qui explique que ces causes n'ont pas d'effet significatif sur le choix du coping centré sur le problème. Nous constatons donc que les causes internes et externes perçues par les proches n'affectent le choix d'aucun type de coping et ce même sous l'effet médiateur du LOC-Interne.

3.2. Effet médiateur du LOC-Médecin sur le choix des stratégies de coping

L'analyse descriptive nous a révélé que 83,8 % des malades (N=105) perçoivent que le contrôle de l'évolution de leur maladie est externe et dépend du médecin (MHLC-Médecin). (Annexe VII-32) L'analyse descriptive des résultats de l'analyse de contenu des entretiens menés auprès de 56 malades nous a révélé que la fréquence d'occurrence du LOC-Externe-Médecin est de l'ordre de 38.

3.2.1. Effet des déterminants personnels sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le LOC-Médecin

3.2.1.1. Effet du NSC sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le LOC-Médecin

L'effet du NSC sur le choix des stratégies du coping médiatisé par un LOC-Médecin est traité par le test ANOVA. Pour les malades qui ont une forte perception que le médecin (LOC-Externe) contrôle l'évolution de leur cancer, la comparaison des moyennes des stratégies de coping centré sur le problème est significative ($p=0<0,05$). La plus forte moyenne correspond aux patients ayant un NSC élevé ($m=,83$). Par conséquent, une forte perception que le médecin contrôle l'évolution de la maladie cancéreuse renforce l'effet du

NSC élevé sur le choix du coping orienté vers le problème. Par contre, pour ceux qui ont une faible perception que le médecin contrôle l'évolution de leur maladie, la comparaison n'est pas significative ($p=0,238>0,05$). Autrement dit, le NSC n'a pas d'effet sur le choix du coping centré sur le problème.

Pour les malades qui ont une forte perception que le médecin contrôle l'évolution de leur cancer, la comparaison des moyennes des stratégies de coping centré sur l'émotion est significative ($p=0<0,019$). La plus forte moyenne correspond aux patients ayant un NSC bas ($m=,77$). Par conséquent, une forte perception que le médecin contrôle l'évolution de la maladie cancéreuse stimule l'effet du NSC bas sur le choix du coping lié à l'émotion. Il s'agit d'une médiation totale. On peut ainsi conclure que la forte perception d'un LOC-Médecin transmet totalement l'effet du NSC bas sur le choix du coping centré sur l'émotion. Par contre, pour ceux qui ont une faible perception que le médecin contrôle l'évolution de leur atteinte, la comparaison n'est pas significative ($p=0,93>0,05$). C'est-à-dire, le NSC n'a pas d'effet sur le choix du coping lié à l'émotion.

Les comparaisons des moyennes des stratégies de coping orienté vers la recherche de soutien ne sont pas significatives quelle que soit la perception du médecin comme lieu de contrôle de l'évolution de la maladie.

3.2.1.2. Effet de l'âge sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le LOC-Médecin

L'effet de l'âge sur le choix des stratégies du coping médiatisé par un LOC-Médecin est traité par le test ANOVA. Les tests ANOVA ne sont pas significatifs, quelle que soit la perception du médecin comme lieu de contrôle de la maladie. Toutes les significativités dépassent le seuil de risque d'erreur de 5%. Par conséquent, la perception du médecin comme lieu de contrôle de la maladie ne médiatise pas l'effet de l'âge sur le choix de coping.

3.2.1.3. Effet du genre sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le LOC-Médecin

L'effet du genre sur le choix des stratégies du coping médiatisé par un LOC-Médecin est traité par le test ANOVA. Pour les patients qui ont une faible perception que le médecin contrôle l'évolution de la maladie cancéreuse, la comparaison des moyennes des stratégies de coping orienté vers la recherche de soutien est significative ($p=0,025<0,05$). En fait, la plus forte moyenne correspond aux femmes ($m=,58$). Par conséquent, une faible perception que le médecin soit le LOC de l'évolution de la maladie cancéreuse, stimule l'orientation des

femmes vers le choix du coping orienté vers la recherche de soutien. Il s'agit d'une médiation totale. On peut ainsi conclure qu'une faible perception du LOC-Médecin transmet totalement l'effet du genre (femme) sur le choix du coping centré orienté vers la recherche de soutien. Par contre, pour ceux qui ont une forte perception que le médecin contrôle l'évolution de leur atteinte, la comparaison n'est pas significative ($p=0,441>0,05$). Dans ce cas, le genre du malade n'a pas d'effet sur le choix du coping orienté vers la recherche de soutien.

Concernant le coping centré sur le problème et celui sur l'émotion les comparaisons entre les hommes et les femmes ne sont pas significatives. Les significativités des tests ANOVA sont supérieures au seuil de risque d'erreur (5%).

3.2.2. Effet de la particularité de la maladie (type de cancer) sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Médecin

L'effet du type de cancer (colorectal/sein) sur le choix des stratégies du coping médiatisé par un LOC-Médecin est traité par le test ANOVA. Pour les patients qui ont une faible perception que le médecin contrôle l'évolution de leur maladie, la comparaison des moyennes du choix du coping orienté vers la recherche de soutien social est significative ($p=0,025<0,05$). La plus forte moyenne correspond aux patients ayant un cancer du sein et qui sont tous des femmes ($n=58$). Par conséquent, une faible perception que le médecin soit le LOC de l'évolution de la maladie cancéreuse, stimule l'orientation des femmes avec un cancer du sein vers le choix du coping orienté vers la recherche de soutien. Il s'agit d'une médiation totale. On peut ainsi conclure qu'une faible perception du LOC-Médecin transmet totalement l'effet de la variable "particularité de la maladie" (cancer du sein) sur le choix du coping orienté vers la recherche de soutien. Par contre, les patients qui ont une forte perception que le médecin contrôle l'évolution de leur maladie, la comparaison n'est pas significative ($p=0,441>0,05$). Dans ce cas, la nature de la maladie n'a pas d'effet sur le choix du coping orienté vers la recherche de soutien.

Concernant le coping centré sur le problème et celui centré sur l'émotion, les comparaisons entre les patients avec cancer colorectal et ceux avec cancer du sein ne sont pas significatives. Les significativités des tests ANOVA sont supérieures au seuil de risque d'erreur (5%).

3.2.3. Effet de la perception des proches des causes du cancer sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Médecin (test de régressions linéaires multiples des moindres carrés WLS pondérés)

Les tests des analyses de régressions linéaires multiples des moindres carrés WLS pondérés par le LOC-Médecin ne sont pas significatifs au niveau de risque d'erreur égal à 5%. Leurs significativités sont supérieures à 0,05. Ce qui signifie que les causes internes et externes perçues par les proches n'ont pas d'effet sur aucun type de coping et ce même sous l'effet médiateur du LOC-Médecin.

3.3. Effet médiateur du LOC-Entourage sur le choix des stratégies de coping

L'analyse descriptive des résultats obtenus du questionnaire de MHLC nous a montré que 63,8 % des malades (N=105), perçoivent que le contrôle de l'évolution de leur maladie est externe et dépend de leur entourage (MHLC-Entourage). (Annexe VII-33) Pour les résultats de l'analyse de contenu des entretiens menés auprès de 56 malades nous avons eu une fréquence d'occurrence du LOC-Externe-Proches de l'ordre de 5.

Quant aux infirmiers, nous avons un LOC-Externe réparti en trois grandes catégories : LOC-Chance, LOC-Dieu et LOC-Entourage. Pour ce qui est du LOC-Entourage, il englobe la famille et les soignants (médecins et infirmiers). L'analyse descriptive nous a dévoilé que 52 % des infirmiers perçoivent le contrôle de leur problème de santé comme pouvant être déterminé par leur entourage (MHLC-Entourage : famille et soignants).

3.3.1. Effet des déterminants personnels sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Entourage

3.3.1.1. Effet du NSC sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Entourage

L'effet du NSC sur le choix des stratégies du coping médiatisé par un LOC-Entourage est traité par le test ANOVA. Pour les malades qui ont une forte perception que l'entourage contrôle l'évolution de leur maladie, la comparaison des moyennes des stratégies de coping centré sur le problème est significative ($p=0,004 < 0,05$) : la plus forte moyenne correspond aux personnes ayant un NSC élevé ($m=,77$).

Pour les malades qui ont une faible perception que l'entourage contrôle l'évolution de leur maladie, cette comparaison est significative ($p=0,001$). La plus forte moyenne correspond toujours aux personnes ayant un NSC élevé ($m=1$). Donc, quelle que soit la perception des

patients que l'entourage soit le LOC de l'évolution de sa maladie, le coping centré sur le problème est toujours choisi par ceux ayant un NSC élevé. Nous constatons qu'une perception forte que l'entourage soit au contrôle de la maladie renforce le choix du coping lié au problème par les patients de NSC élevé. La moyenne de degré de ce choix a passé de 0,77 à 1.

Pour les patients qui ont une forte perception que l'entourage contrôle l'évolution de leur maladie, la comparaison des moyennes des stratégies de coping centré sur l'émotion est significative ($p=0,002<0,05$). En fait, la plus forte moyenne correspond à ceux de NSC moyen ($m=,75$). Donc une forte perception que l'entourage soit au contrôle de la maladie stimule le choix du coping centré sur l'émotion par les patients de NSC moyen. Il s'agit d'une médiation totale. On peut ainsi déduire que la forte perception d'un LOC-Entourage transmet totalement l'effet du NSC moyen sur le choix du coping centré sur l'émotion. Pour les patients qui ont une faible perception que l'entourage contrôle l'évolution de leur maladie, cette comparaison n'est pas significative ($p=0,05$).

Les comparaisons des moyennes des stratégies de coping centré sur la recherche de soutien ne sont pas significatives quelle que soit la perception de contrôle de la maladie par l'entourage.

3.3.1.2. Effet de l'âge sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Entourage

L'effet de l'âge sur le choix des stratégies du coping médiatisé par un LOC-Entourage est traité par le test ANOVA. Les tests ANOVA ne sont pas significatifs quel que soit le degré de perception de contrôle de la maladie par l'entourage. Toutes les significativités dépassent le seuil de risque d'erreur de 5%. Par conséquent, la perception de contrôle de la maladie par l'entourage ne médiatise pas l'effet de l'âge sur le choix de coping.

3.3.1.3. Effet du genre sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Entourage

L'effet du sexe masculin et féminin sur le choix des stratégies du coping médiatisé par un LOC-Entourage est traité par le test ANOVA. Les tests ANOVA ne sont pas significatifs quel que soit le degré de perception de contrôle de la maladie par l'entourage. Toutes les significativités dépassent le seuil de risque d'erreur de 5%. Par conséquent, la perception de contrôle de la maladie par l'entourage n'influence pas l'effet de sexe du patient sur le choix des stratégies de coping.

3.3.2. Effet de la particularité de la maladie (type de cancer) sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Entourage

L'effet du type de cancer sur le choix des stratégies du coping médiatisé par un LOC-Entourage est traité par le test ANOVA. Les tests ANOVA ne sont pas significatifs quel que soit le degré de perception de contrôle de la maladie par l'entourage. Toutes les significativités dépassent le seuil de risque d'erreur de 5%. Par conséquent, la perception de contrôle de la maladie par l'entourage ne stimule pas l'effet de la particularité de la maladie (cancer de sein et cancer colorectal) sur le choix des stratégies de coping.

3.3.3. Effet de la perception des proches des causes du cancer sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Entourage

Les tests des analyses de régressions linéaires multiples des moindres carrés WLS pondérés par le LOC-Entourage ne sont pas significatifs au niveau de risque d'erreur égal à 5%. Leurs significativités sont supérieures à 0,05. Ce qui signifie que les causes internes et externes perçues par les proches n'ont pas d'effet sur aucun type de coping et ce même avec la médiation du LOC-Entourage.

3.4. Effet médiateur du LOC-Dieu sur le choix des stratégies de coping

L'analyse descriptive des résultats obtenus du questionnaire MHLC nous a montré que 80,0 % des malades (N=105) perçoivent que le contrôle de l'évolution de leur maladie est externe et dépend de Dieu (MHLC-Dieu). (Annexe VII-34) Pour les résultats de l'analyse de contenu des entretiens menés auprès de 56 malades nous avons une fréquence d'occurrence du LOC-Externe-Dieu de l'ordre de 34.

Quant aux infirmiers, 62 % perçoivent que le contrôle de leur problème de santé peut être dans la main de Dieu (MHLC-Dieu).

3.4.1. Effet des déterminants personnels sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Dieu

3.4.1.1. Effet du NSC sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Dieu

L'effet du NSC sur le choix des stratégies du coping médiatisé par un LOC-Dieu est traité par le test ANOVA. Pour les malades qui ont une faible perception que Dieu contrôle l'évolution de leur maladie, la comparaison des moyennes des stratégies de coping centré sur le problème est significative ($p=0<0,05$). La plus forte moyenne correspond aux patients ayant

un NSC élevé ($m=,76$). Par conséquent, une forte perception que Dieu contrôle l'évolution de la maladie renforce l'effet du NSC élevé sur le choix du coping lié au problème. En revanche, pour les malades qui ont une faible perception que Dieu contrôle l'évolution de leur maladie, cette comparaison n'est pas significative ($p=0,308>0,05$). Autrement dit, le NSC n'a pas d'effet sur le choix du coping lié au problème.

Les comparaisons des moyennes des stratégies de coping orienté vers la recherche de soutien et de coping lié à l'émotion ne sont pas significatives quelle que soit la perception de Dieu comme LOC de la maladie cancéreuse. Le choix de ces stratégies de coping ne dépend pas donc du NSC même sous la médiation du LOC-Dieu.

3.4.1.2. Effet de l'âge sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Dieu

L'effet de l'âge sur le choix des stratégies du coping sous la médiation par un LOC-Dieu est traité par le test ANOVA. Les tests ANOVA ne sont pas significatifs quel que soit le degré de perception de contrôle de la maladie par Dieu. Toutes les significativités dépassent le seuil de risque d'erreur de 5%. Par conséquent, la perception de contrôle de la maladie par Dieu n'influence pas l'effet de l'âge sur le choix de coping.

3.4.1.3. Effet du genre sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Dieu

L'effet du genre sur le choix des stratégies du coping sous la médiation du LOC-Dieu est traité par le test ANOVA. Les tests ANOVA ne sont pas significatifs quel que soit le degré de perception de contrôle de la maladie par Dieu. Toutes les significativités dépassent le seuil de risque d'erreur de 5%. Donc, la perception de contrôle de la maladie par Dieu n'influence pas l'effet du genre sur le choix du coping.

3.4.2. Effet de la particularité de la maladie (type de cancer) sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Dieu

L'effet de la nature de cancer sur le choix des stratégies du coping sous la médiation du LOC-Dieu est traité par le test ANOVA. Les tests ANOVA ne sont pas significatifs quel que soit le degré de perception de contrôle de la maladie par Dieu. Toutes les significativités sont supérieures au seuil de risque d'erreur de 5%. Par conséquent, la perception de contrôle de la maladie par Dieu ne stimule pas l'effet du type de cancer (cancer du sein et cancer colorectal) sur le choix des stratégies de coping.

3.4.3. Effet de la perception des proches des causes du cancer sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Dieu

Les tests des analyses de régressions linéaires multiples des moindres carrés WLS pondérés par le LOC-Dieu ne sont pas significatifs au niveau de risque d'erreur égal à 5%. Les significativités qui correspondent aux trois types de coping sont supérieures à 0,05. Nous constatons donc que les causes internes et externes perçues par les proches n'affectent le choix d'aucun type de coping et ce même sous la médiation du LOC-Dieu.

3.5. Effet médiateur du LOC-Chance sur le choix des stratégies de coping

L'analyse descriptive nous a révélé que 46,7 % des malades (N=105) perçoivent que le contrôle de l'évolution de leur maladie est externe et dépend de la chance (MHLC-Chance). (Annexe VII-35) Nous remarquons qu'avec l'entretien aucun des malades n'a évoqué la chance en tant que LOC de l'évolution de la maladie. Nous pouvons conclure que les malades pensent que le contrôle de leur maladie et de son évolution peuvent être largement déterminés par leur propre conduite, l'assistance des soignants, la volonté de Dieu et le soutien des proches plutôt que par la chance. D'ailleurs, une telle remarque peut expliquer, dans une certaine mesure, le faible pourcentage (46,7 %) des participants répondant au questionnaire MHLC et qui voient la chance comme lieu de contrôle de leur maladie comparativement aux autres *locus*.

Quant aux infirmiers, 54,6 % d'eux perçoivent que le contrôle de leur problème de santé peut être déterminé par la chance (MHLC-Chance).

3.5.1. Effet des déterminants personnels sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Chance

3.5.1.1. Effet du NSC sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Chance

L'effet du NSC sur le choix des stratégies du coping sous la médiation du LOC-Chance est traité par le test ANOVA. Pour les malades qui ont une faible perception que la chance contrôle l'évolution de leur maladie, la comparaison des moyennes des stratégies de coping centré sur le problème est significative ($p=0,005<0,05$) : la plus forte moyenne correspond aux malades ayant un NSC élevé ($m=,79$).

Pour les malades qui ont une forte perception que la chance contrôle l'évolution de leur maladie, la comparaison est significative ($p=0,004$). La plus forte moyenne correspond

toujours à ceux ayant un NSC élevé ($m=,86$). Donc, quelle que soit la perception de la chance en tant que LOC de la maladie cancéreuse, le coping centré sur le problème est toujours choisi par les patients de NSC élevé. Nous constatons qu'une forte perception que la chance détermine le contrôle de l'évolution de la maladie cancéreuse renforce le choix du coping lié au problème par les malades de NSC élevé. La moyenne du degré de ce choix passe de 0,79 à 0,86.

Pour les malades qui perçoivent fortement que la chance détermine le contrôle de l'évolution de leur cancer, la comparaison des moyennes des stratégies de coping centré sur l'émotion est significative ($p=0,043<0,05$). La plus forte moyenne correspond aux malades de NSC bas ($m=,94$). Par conséquent, une perception forte que la chance détermine l'évolution de la maladie cancéreuse stimule l'effet du NSC bas sur le choix du coping lié à l'émotion. Il s'agit d'une médiation totale. On peut ainsi conclure que la forte perception d'un LOC-Chance transmet totalement l'effet du NSC bas sur le choix du coping centré sur l'émotion. Par contre, pour ceux qui perçoivent faiblement que la chance détermine le contrôle de l'évolution de leur cancer, la comparaison n'est pas significative ($p=0,761>0,05$). Autrement dit, le NSC n'a pas d'effet sur le choix du coping lié à l'émotion.

Les comparaisons des moyennes des stratégies de coping centré sur la recherche de soutien ne sont pas significatives, quelle que soit la perception du degré de détermination du LOC-Chance.

3.5.1.2. Effet de l'âge sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Chance

L'effet de l'âge sur le choix des stratégies du coping sous la médiation du LOC-Chance est traité par le test ANOVA. Les tests ANOVA ne sont pas significatifs quel que soit le degré de perception de contrôle de la maladie par la chance. Toutes les significativités dépassent le seuil de risque d'erreur de 5%. Par conséquent, la perception de contrôle de la maladie par la chance ne médiatise pas l'effet de l'âge sur le choix de coping.

3.5.1.3. Effet du genre sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Chance

L'effet du genre sur le choix des stratégies du coping sous la médiation du LOC-Chance est traité par le test ANOVA. Les tests ANOVA ne sont pas significatives quel que soit le degré de perception de contrôle de la maladie par la chance. Toutes les significativités

dépassent le seuil de risque d'erreur de 5%. Donc, la perception de contrôle de la maladie par la chance n'influence pas l'effet du genre (homme et femme) dans le choix du coping.

3.5.2. Effet de la particularité de la maladie (type de cancer) sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Chance

L'effet de la particularité de la maladie (type de cancer : sein/colorectal) sur le choix des stratégies du coping sous la médiation du LOC-Chance est traité par le test ANOVA. Les tests ANOVA ne sont pas significatifs quel que soit le degré de perception de contrôle de la maladie par la chance. Toutes les significativités dépassent le seuil de risque d'erreur de 5%. Par conséquent, la perception de contrôle de la maladie par la chance ne médiatise pas l'effet de la particularité de la maladie (cancer du sein et cancer colorectal) sur le choix du coping.

3.5.3. Effet de la perception des proches des causes du cancer sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Chance

Les tests des analyses de régressions linéaires multiples des moindres carrés WLS pondérés par le LOC-Chance ne sont pas significatifs au niveau de risque d'erreur égal à 5%. Les significativités attachées aux trois types de coping sont supérieures à 0,05. Nous constatons donc que les causes internes et externes perçues par les proches n'affectent le choix d'aucun type de coping et ce même sous l'effet médiateur du LOC-Chance.

4. Effet médiateur du soutien social perçu (SSP)

Vu le nombre élevé de variables retenues du questionnaire mesurant le soutien social perçu (QSSP), nous avons eu recours à la méthode d'analyse en composantes principales (ACP). Cette méthode s'applique sur un ensemble de variables quantitatives (de nature échelle de Likert). Son objectif consiste à réduire le nombre de variables en regroupant les plus corrélées entre elles dans un même facteur. A la fin, nous retenons un nombre réduit de facteurs.

Suite à l'analyse des composantes principales (ACP) du questionnaire de soutien social perçu nous avons retenu six facteurs :

- **Facteur 1** : collègues de travail et autres (autre membre de la famille à part le conjoint, parents, fils ou fratrie)
- **Facteur 2** : parents
- **Facteur 3** : fratrie, autres et amis
- **Facteur 4** : fils

- **Facteur 5** : soignants (infirmiers et médecins)

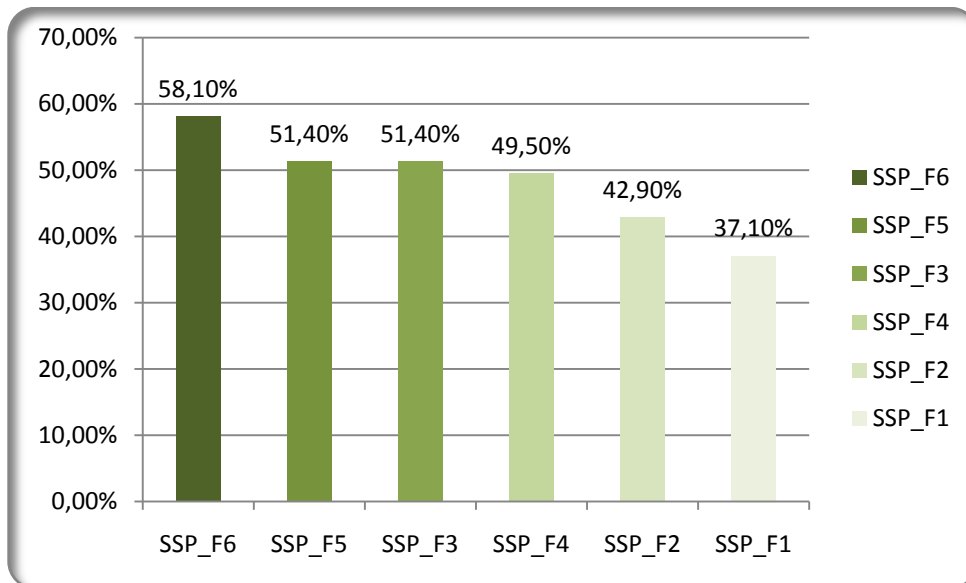
- **Facteur 6** : conjoint

Nous présentons dans ce qui suit l'analyse descriptive des résultats du questionnaire mesurant le SSP chez les malades et chez les infirmiers, ainsi que de la 2^{ème} question du thème n°3 du guide de l'entretien. Ensuite, nous enchaînons par le test de l'effet médiateur du soutien social perçu (SSP) sur le choix des stratégies de coping.

4.1. Analyse descriptive de la satisfaction des malades par rapport aux différents types de soutien et leurs sources

4.1.1. Perception des malades des sources disponibles du soutien social

L'analyse descriptive des résultats obtenus au questionnaire mesurant le SSP nous a révélé une différence inter-individuelle dans la perception du soutien social par les patients (N=105). Plus de la moitié (58,1 %) des participants perçoivent que leurs conjoints (es) peuvent être disponibles pour leur apporter soutien lorsqu'ils en ont besoin. (Annexe VII-36) 51,4 % des malades perçoivent que leurs frères et sœurs, membres lointains de la famille, ainsi que leurs amis peuvent les soutenir en cas de besoin. (Annexe VII-37) 51,4 % des malades perçoivent que les médecins et les infirmiers peuvent être disponibles pour les soutenir. (Annexe VII-38) 49,5 % des malades perçoivent que leurs fils peuvent être disponibles pour les soutenir. (Annexe VII-39) 42,1 % des malades perçoivent que leurs parents peuvent être disponibles pour les soutenir. (Annexe VII-40) 37,1 % des malades perçoivent que leurs collègues de travail et que certains membres lointains de la famille (tante, oncle, neveux, etc.) peuvent être disponibles pour leur apporter aide et soutien lorsqu'ils en ont besoin. (Annexe VII-41) L'histogramme en bâton montre le pourcentage du SSP par les malades selon ses sources.



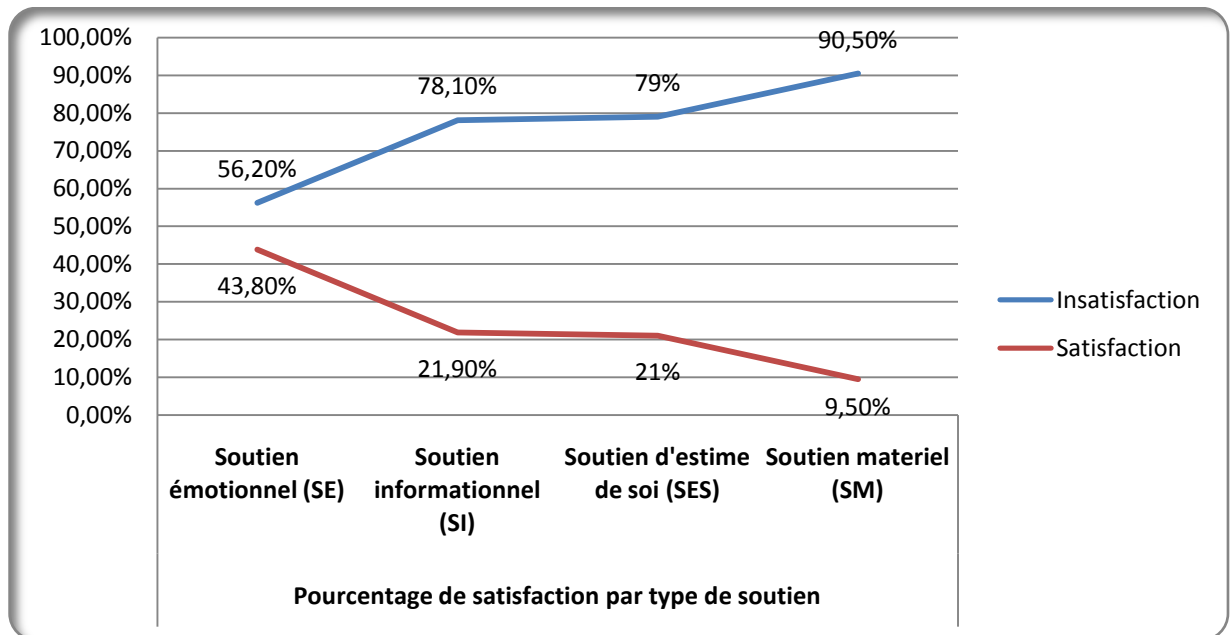
Graphique 2.9.1 : Soutien social perçu par les malades selon les sources

Quant aux résultats de l'analyse descriptive des entretiens, les malades (N=56) ont évoqué quatre types de soutien reçu qui sont les mêmes que ceux cités dans le questionnaire du SSP, à savoir : le soutien émotionnel, informationnel, matériel et d'estime de soi. Il ressort que les malades, face à leur cancer, ont besoin d'être soutenus psychologiquement comme matériellement. Pour les sources, seuls les proches (ou membres de famille), le médecin et les amis ont été évoqués. Pour ce qui est des fréquences d'occurrence, les proches sont la source la plus citée par les malades quand il s'agit de soutien émotionnel et matériel (respectivement 41 et 97 fois). Les amis et le médecin traitant ont été très peu cités et ce quel que soit le type de soutien.

4.1.2. Satisfaction par rapport aux types de soutien social

4.1.2.1. Satisfaction des malades par rapport au soutien social perçu

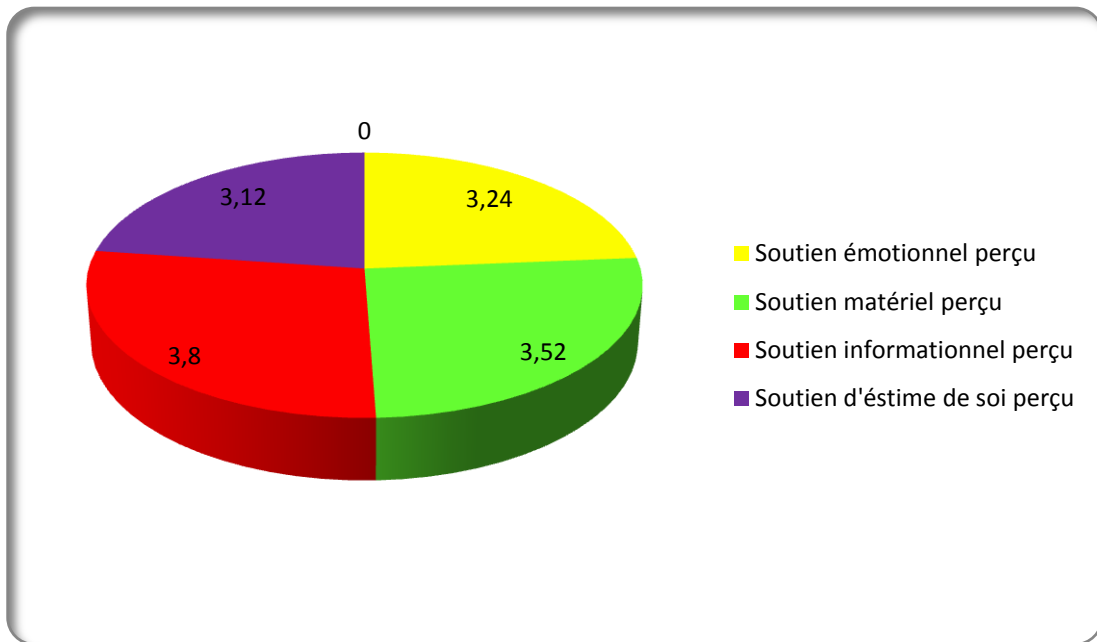
Concernant la satisfaction des malades par rapport aux quatre types de soutien, le tableau suivant montre que les participants (N=105) sont, dans l'ensemble, insatisfaits par rapport aux quatre types de soutien. 43,8 % des malades perçoivent que le soutien émotionnel est satisfaisant, alors que 9,5 % seulement perçoivent que le soutien matériel est satisfaisant.



Graphique 2.9.2 : Satisfaction/insatisfaction des malades par rapport aux types de SSP

4.1.2.2. Satisfaction des infirmiers par rapport au soutien social offert

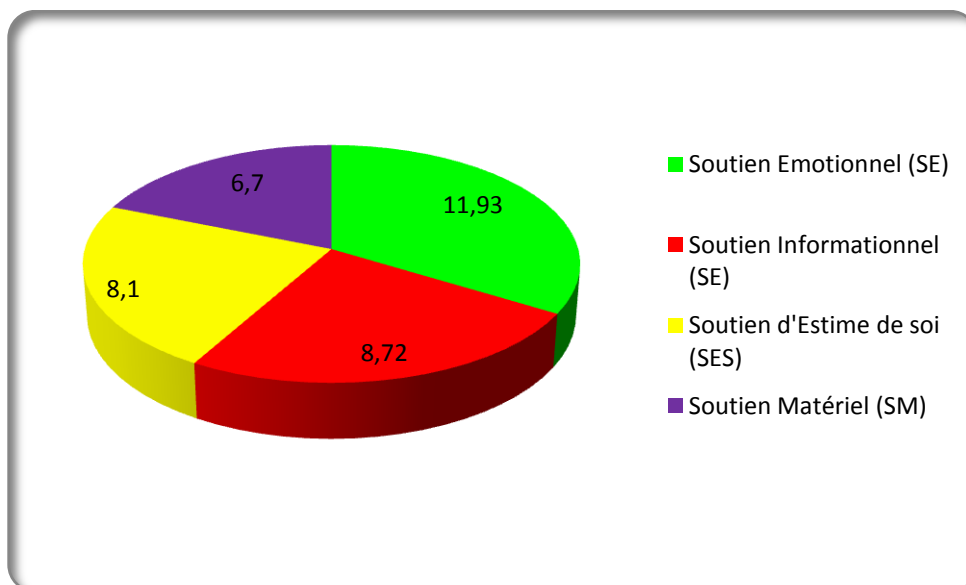
Quant à l'échantillon des infirmiers (N=25), nous avons retenu que 56 % des infirmiers ont perçu avoir offert les quatre types de soutien à leurs malades. (Annexe VII-42) Nous avons ressorti aussi une moyenne générale de satisfaction des infirmiers par rapport à leur SSP offert aux malades qui est de l'ordre de 3,42 (sur une échelle de Likert de 5 points). La plus forte moyenne de satisfaction est enregistrée avec le soutien informationnel (m=3,80). Les infirmiers perçoivent qu'ils donnent des informations et des conseils à propos de la maladie et du traitement à leurs patients. Ce résultat semble logique et confirme la conviction chez les infirmiers que le patient a le droit à l'information. Les infirmiers perçoivent aussi qu'ils s'occupent de leurs malades et les aident matériellement (leur facilitent les procédures administratives, l'accès aux traitements pour les malades fatigués et surtout ceux qui résident très loin), la moyenne de leur satisfaction par rapport au soutien matériel est de l'ordre de (m=3,52). De même, les infirmiers déclarent avoir faiblement réconforté et écouté leurs patients (soutien émotionnel). Ceci est confirmé par une moyenne de satisfaction un peu plus faible (m=3,24) que celle obtenu avec le soutien informationnel et matériel. Enfin, concernant le soutien d'estime de soi, presque tous les infirmiers (96%) perçoivent qu'ils redonnent confiance aux malades avec une moyenne de satisfaction égale à (m=3,12). (Annexe VII-43)



Graphique 2.9.3 : Moyenne de satisfaction des infirmiers par rapport au soutien social offert

4.1.3. Disponibilité des sources par type de soutien

Il ressort de l'analyse descriptive des résultats du questionnaire (N=105) que la plus forte moyenne des sources disponibles a été enregistrée avec le soutien émotionnel (m=11,93) et que la plus faible a été enregistrée avec le soutien matériel (m=6,7).



Graphique 2.9.4 : Moyenne des sources disponibles par type de soutien

4.1.4. Moyenne de sources disponibles correspondant aux malades satisfaits/insatisfaits par rapport au SSP

Pour l'analyse descriptive, nous avons rassemblé les sources de soutien perçu en trois catégories : famille, amis et collègues et enfin les soignants (médecins et infirmiers). La satisfaction des malades par rapport au soutien matériel perçu dépend du nombre de personnes disponibles dans la famille puisque la différence au niveau de ce nombre est significative ($p=0,018<0,05$). La moyenne du nombre des personnes disponibles dans la famille est plus élevée pour les malades satisfaits du soutien matériel perçu ($m=8$) que pour ceux qui sont non satisfaits ($m=5$). De même, la satisfaction par rapport à ce type de soutien dépend du nombre d'amis et de collègues disponibles vu que le test de Student est significatif au seuil de 5% ($p=0,006<0,05$). La plus forte moyenne de ce nombre correspond aux patients satisfaits ($m=6$). Ceci signifie que les malades satisfaits du soutien matériel perçu sont ceux qui ont le nombre le plus élevé de membres de famille ou d'amis et de collègues disponibles pour les soutenir. Enfin, la satisfaction par rapport au soutien matériel ne dépend pas du nombre de soignants disponibles car la différence au niveau de ce nombre n'est pas significative au seuil de 5% de risque d'erreur ($p=0,073>0,05$).

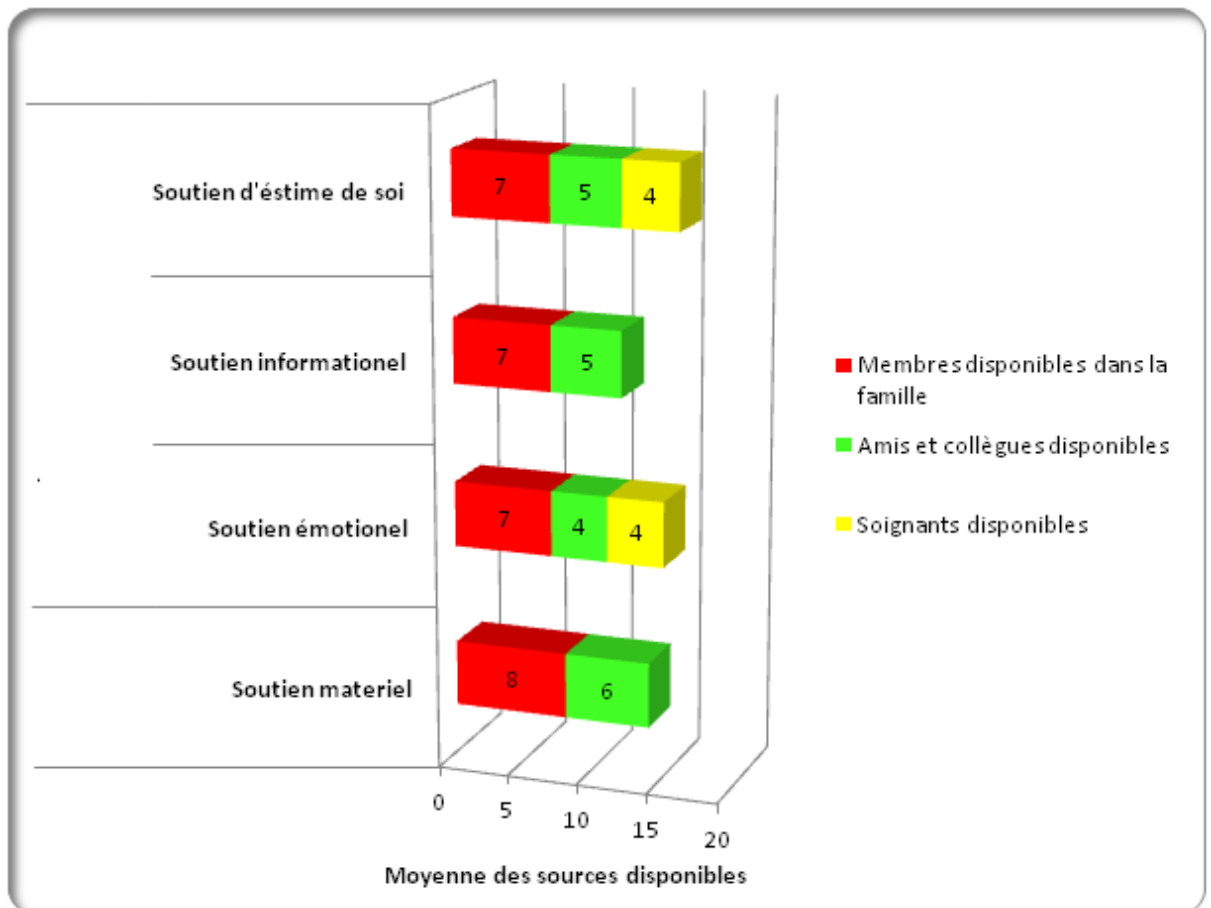
La satisfaction par rapport au soutien émotionnel perçu dépend du nombre de personnes disponibles dans la famille puisque la différence des moyennes de ce nombre est significative ($p=0<0,05$). La moyenne du nombre des personnes disponibles dans la famille est plus forte pour les patients satisfaits de ce type de soutien ($m=7$). De même, la satisfaction par rapport au soutien émotionnel perçu dépend du nombre d'amis et de collègues disponibles (le test de Student est significatif au seuil de 5% : $p=0<0,05$). La plus forte moyenne de ce nombre convient aux malades satisfaits ($m=4$). Enfin, la satisfaction par rapport à ce type de soutien dépend aussi du nombre de soignants disponibles (le test de Student est significatif au seuil de 5% de risque d'erreur : $p=0<0,05$). La plus grande moyenne de ce nombre correspond aux patients satisfaits ($m=4$). Ceci signifie que les malades satisfaits par rapport au soutien émotionnel perçu sont ceux qui ont le nombre le plus élevé de membres de famille, d'amis et de collègues ainsi que de soignants disponibles pour les soutenir.

La satisfaction par rapport au soutien informationnel perçu varie selon le nombre de personnes disponibles dans la famille puisque la différence des moyennes de ce nombre est significative ($p=0,016<0,05$). La moyenne du nombre des personnes disponibles dans la famille est plus importante pour les malades satisfaits de ce type de soutien ($m=7$). La satisfaction par rapport au soutien informationnel perçu dépend aussi du nombre d'amis et de

collègues disponibles (la différence concernant ce nombre est significative au seuil de 5% : $p=0<0,05$). La moyenne la plus élevée de ce nombre convient aux malades satisfaits ($m=5$). Ceci signifie que les malades satisfaits par rapport au soutien informationnel perçu sont ceux qui ont le nombre le plus élevé de membres de famille ainsi que d'amis et de collègues disponibles pour les soutenir. Enfin, la satisfaction par rapport à ce type de soutien ne dépend pas du nombre de soignants disponibles, le test de Student n'étant pas significatif au seuil de 5 % de risque d'erreur ($p=0,056>0,05$).

La satisfaction par rapport au soutien d'estime de soi perçu diffère selon le nombre de personnes disponibles dans la famille puisque le test de Student de la différence des moyennes de ce nombre est significatif ($p=0,029<0,05$). La plus forte moyenne du nombre de personnes disponibles dans la famille correspond aux malades satisfaits du soutien d'estime de soi perçu ($m=7$). En plus, la satisfaction par rapport à ce type de soutien d'estime de soi perçu varie selon le nombre d'amis et de collègues disponibles vu que la différence au niveau de ce nombre est significative au seuil de 5% ($p=0<0,05$). La moyenne la plus élevée de ce nombre correspond aux malades satisfaits ($m=5$). Enfin, la satisfaction par rapport à ce type de soutien varie aussi selon le nombre de soignants disponibles puisque le test de Student est significatif au seuil de 5% de risque d'erreur ($p=0,025>0,05$). La plus grande moyenne du nombre de soignants disponibles est affectée aux malades satisfaits ($m=4$). Ceci signifie que les malades satisfaits par rapport au soutien d'estime de soi perçu sont ceux qui ont le nombre le plus élevé de membres de famille, d'amis et de collègues ainsi que de soignants disponibles pour les soutenir.

Le graphique suivant montre que les malades perçoivent que la famille est la première source de soutien avec ses divers membres disponibles et qu'ils en sont satisfaits. Les amis et les collègues de travail viennent en deuxième lieu. Par contre, les malades perçoivent que les soignants sont moins disponibles pour les soutenir (soutien émotionnel et d'estime de soi). Pour ce qui est du soutien informationnel et matériel, nous n'avons pas enregistré de différence significative entre les malades satisfaits et insatisfaits.



Graphique 2.9.5 : Moyenne des sources disponibles correspondant aux malades satisfaits par rapport au SSP

Dans ce qui suit nous testons l'effet des variables indépendantes (déterminants personnels : NSC, âge, genre ; environnementaux : perception des proches des causes du cancer ; ainsi que la particularité de la maladie : type de cancer) sur le choix des stratégies de coping (centré sur le problème, émotion et recherche de soutien) médiatisé par la satisfaction par rapport au SSP.

4.2. Effet des variables indépendantes sur le choix des stratégies de coping médiatisé par la satisfaction par rapport au SSP

Nous testons les effets médiateurs de la satisfaction par rapport aux quatre types de soutien social perçu (SSP) sur le rôle des déterminants personnels, environnementaux ainsi que les particularités de la maladie dans le choix des stratégies de coping chez les malades. Nous rappelons que les quatre types de soutien social perçu sont : le soutien émotionnel, informationnel, d'estime de soi et matériel.

4.2.1. Effet des déterminants personnels sur le choix des stratégies de coping médiatisé par la satisfaction par rapport au SSP

4.2.1.1. Effet du NSC sur le choix des stratégies du coping médiatisé par la satisfaction par rapport au SSP (Test ANOVA)

Lorsque le malade est satisfait du soutien émotionnel perçu, le choix du coping centré sur le problème dépend des NSC ($p=0$). La plus forte moyenne de ce choix est attribuée à ceux ayant un NSC bas ($m=,94$). Par conséquent, la satisfaction par rapport au soutien émotionnel perçu stimule le choix du coping centré sur le problème chez les personnes de NSC bas. Nous rappelons que l'effet de stimulation désigne le fait que la variable médiatrice "satisfaction par rapport au soutien émotionnel", fait apparaître un effet qui a été inexistant lors du test de la 1^{ère} hypothèse, celui du NSC bas sur le choix des stratégies de coping centré sur le problème. Il s'agit d'une médiation totale. On peut ainsi conclure que la satisfaction par rapport au soutien émotionnel transmet totalement l'effet du NSC bas sur le choix du coping centré sur le problème.

Le traitement statistique de l'effet médiateur de la variable SSP a abouti à des résultats portant sur la satisfaction/insatisfaction des patients. Notre objectif dans ce travail est la recherche de l'effet de la satisfaction, pour cette raison, nous avons eu recours à une inversion de l'ensemble des résultats obtenus avec l'insatisfaction.

Lorsque le malade est insatisfait par rapport au soutien émotionnel perçu, le choix du coping centré sur le problème dépend significativement des NSC ($p=0,011$). La plus forte moyenne de ce choix est attribuée à ceux ayant un NSC élevé ($m=,50$). Nous notons donc que les malades insatisfaits par rapport au soutien émotionnel perçu et ayant un NSC élevé optent pour un coping centré sur le problème. De ces considérations, et suite à l'inversion du résultat précédent, nous avons: la satisfaction par rapport au soutien émotionnel pousse les malades de NSC élevé à ne plus opter pour le coping centré sur le problème.

Lorsque le malade est insatisfait du soutien émotionnel perçu, le choix du coping centré sur l'émotion dépend significativement des NSC ($p=0,033$). La plus forte moyenne de ce choix est attribuée à ceux ayant un NSC bas ($m=,52$). En inversant le résultat, pour la raison citée précédemment, nous avons : la satisfaction par rapport au soutien émotionnel pousse les individus de NSC bas à négliger ou à ne plus opter pour le coping centré sur l'émotion.

Le choix du coping orienté vers la recherche de soutien (RS), ne dépend pas du NSC sous l'effet médiateur de la satisfaction par rapport au soutien émotionnel. Quelque soit le NSC les résultats ne sont pas significatifs au seuil de 5% de risque d'erreur.

Lorsque le malade est satisfait du soutien informationnel perçu, ni le choix du coping centré sur le problème, ni le choix du coping lié à l'émotion, ni le choix du coping RS ne dépendent des NSC. Mais lorsque le malade est insatisfait de ce type de soutien, le choix du coping centré sur le problème ($p=0$) et sur l'émotion ($p=0,043$) deviennent significativement dépendant des NSC. Plus précisément, la plus forte moyenne du choix du coping centré sur le problème correspond aux individus de NSC élevé ($m=,52$). La plus forte moyenne du choix du coping centré sur l'émotion correspond aux individus de NSC bas ($m=0,38$). En cherchant l'effet de la satisfaction, nous inversons les résultats. Nous constatons que la satisfaction par rapport au soutien informationnel perçu pousse les malades de NSC élevé à ne plus choisir le choix du coping centré sur le problème. En plus, elle pousse les malades de NSC bas à ne plus choisir le choix du coping lié à l'émotion.

Le choix du coping orienté vers la recherche de soutien (RS) ne dépend pas du NSC sous l'effet médiateur de la satisfaction par rapport au soutien informationnel. Quelque soit le NSC les résultats ne sont pas significatifs au seuil de 5% de risque d'erreur.

Lorsque le malade est satisfait du soutien d'estime de soi perçu, le choix du coping lié au problème dépend des NSC ($p=0,029$). La plus forte moyenne de ce choix est attribuée à ceux ayant un NSC moyen ($m=,38$) et élevé ($m=,29$). De même, lorsque le malade est insatisfait de ce type de soutien, le choix du coping lié au problème dépend significativement des NSC ($p=0$). La plus forte moyenne de ce choix est attribuée à ceux ayant un NSC élevé ($m=,57$). Par conséquent, la satisfaction par rapport au soutien d'estime de soi perçu réduit le choix du coping centré sur le problème chez les personnes de NSC élevé et stimule ce choix chez ceux de NSC moyen. Il s'agit d'une médiation totale. On peut ainsi conclure que la satisfaction par rapport au soutien d'estime de soi transmet totalement l'effet du NSC moyen sur le choix du coping centré sur le problème.

Lorsque le malade est insatisfait par rapport au soutien d'estime de soi, le choix du coping lié à l'émotion dépend significativement des NSC ($p=0,010$). La plus forte moyenne de ce choix est attribuée à ceux ayant des NSC bas ($m=,46$). Une fois inversé le résultat devient : la satisfaction par rapport au soutien d'estime de soi perçu pousse les malades de NSC bas à ne plus opter pour le choix du coping lié à l'émotion.

Enfin, le choix du coping RS ne dépend pas des NSC sous l'effet médiateur de la satisfaction par rapport au soutien d'estime de soi puisque les résultats ne sont pas significatifs au seuil de 5% de risque d'erreur.

Lorsque le malade est satisfait par rapport au soutien matériel perçu, le choix du coping lié au problème dépend des NSC ($p=0$). La plus forte moyenne de ce choix est attribuée aux

sujets de NSC élevé ($m=,39$). De même, lorsque le malade est insatisfait par rapport à ce type de soutien, le choix du coping centré sur le problème dépend significativement des NSC ($p=0$). La plus forte moyenne de ce choix est attribuée à ceux ayant des NSC élevé ($m=,50$). Avec l'inversion de ce résultat, nous constatons que la satisfaction par rapport au soutien matériel perçu réduit le choix du coping centré sur le problème chez les personnes de NSC élevé.

Par contre, le choix du coping lié à l'émotion et du coping RS ne dépendent pas des NSC sous l'effet médiateur de la satisfaction par rapport au soutien matériel puisque les résultats ne sont pas significatifs au seuil de 5% de risque d'erreur.

4.2.1.2. Effet de l'âge sur le choix des stratégies de coping médiatisé par la satisfaction par rapport au SSP (Test ANOVA)

Quelle que soit la satisfaction des malades envers le soutien émotionnel perçu, le choix du coping lié au problème, à l'émotion et celui orienté vers la recherche de soutien ne varie pas en fonction de l'âge (les variations ne sont pas significatives au seuil de 5% de risque d'erreur). Ainsi, la satisfaction par rapport au soutien émotionnel perçu n'a pas d'effet médiateur sur la variation du choix du coping en fonction de l'âge.

Dans le cas où le malade est satisfait par rapport au soutien informationnel perçu, le choix des trois types de coping ne varie pas en fonction de son âge. Le choix du coping lié à l'émotion et du coping RS ne dépendent pas de l'âge. Par contre, lorsque le malade est insatisfait de ce type de soutien, le choix du coping lié au problème dépend de l'âge ($p=0,049$). La plus grande moyenne est attribuée aux malades plus jeunes (âgés de moins de 45 ans) ($m=,24$). En inversant ce résultat nous obtenons : la satisfaction par rapport au soutien informationnel perçu pousse les plus jeunes des malades à ne plus choisir le coping lié au problème.

Lorsque le malade est satisfait par rapport au soutien d'estime de soi perçu, le choix des trois types de coping ne varie pas en fonction de l'âge. Le choix du coping lié à l'émotion et du coping RS ne dépendent pas de l'âge. Lorsque le malade est insatisfait de ce type de soutien, seul le choix du coping lié au problème dépend de l'âge ($p=0,019$). La plus forte moyenne est celle attribuée aux malades plus jeunes (âgés de moins de 45 ans) ($m=,27$). En inversant ce résultat nous obtenons : la satisfaction par rapport au soutien d'estime de soi perçu pousse les jeunes âgés des malades à ne plus opter pour le choix du coping lié au problème.

Lorsque le malade est satisfait du soutien matériel perçu, le choix des trois types de coping ne dépend pas de son âge. Le choix du coping lié à l'émotion et du coping RS ne dépendent pas de l'âge. Dans le cas d'insatisfaction du soutien matériel perçu, seul le choix du coping lié au problème dépend de l'âge ($p=0,032$). La moyenne la plus élevée de ce choix correspond aux malades plus jeunes (âgés de moins de 45 ans) ($m=,24$). En inversant ce résultat nous obtenons : la satisfaction par rapport au soutien matériel perçu pousse les jeunes âgés des malades à ne plus choisir le coping lié au problème.

4.2.1.3. Effet du genre sur le choix des stratégies de coping médiatisé par la satisfaction par rapport au SSP (Test ANOVA)

Quelle que soit la satisfaction des malades par rapport au soutien émotionnel perçu, le choix du coping lié au problème, à l'émotion et celui orienté vers la recherche de soutien ne varie pas selon le sexe (homme/femme) : ces variations ne sont pas significatives au seuil de 5% de risque d'erreur. Donc la satisfaction par rapport au soutien émotionnel perçu n'a pas d'effet médiateur sur la variation du choix du coping en fonction du genre.

Quelle que soit la satisfaction des malades vis-à-vis du soutien informationnel perçu, le choix des trois types de coping ne diffère pas selon le genre (homme/femme) puisque ces différences ne sont pas significatives au seuil de 5% de risque d'erreur. Donc la satisfaction par rapport au soutien informationnel perçu n'a pas d'effet médiateur sur la variation du choix du coping selon le genre.

Quelle que soit la satisfaction des malades vis-à-vis du soutien d'estime de soi perçu, le choix des trois types de coping ne diffère pas selon le genre (homme/femme) puisque ces différences ne sont pas significatives au seuil de 5% de risque d'erreur. Donc la satisfaction par rapport au soutien d'estime de soi perçu n'a pas d'effet médiateur sur la variation du choix du coping selon le genre.

Quelle que soit la satisfaction des malades vis-à-vis du soutien matériel perçu, le choix des trois types coping ne diffère pas selon le genre (homme/femme) puisque ces différences ne sont pas significatives au seuil de 5% de risque d'erreur. Donc la satisfaction par rapport au soutien matériel perçu n'a pas d'effet médiateur sur la variation du choix du coping selon le genre.

En somme, la satisfaction par rapport au soutien perçu n'a pas d'effet médiateur sur la variation du choix du coping selon le genre.

4.2.2. Effet de la particularité de la maladie (type de cancer) sur le choix des stratégies de coping médiatisé par la satisfaction par rapport au SSP (test de comparaison des moyennes)

Quelle que soit la satisfaction des malades envers le soutien émotionnel perçu, le choix des trois types de coping ne varie pas selon la particularité de la maladie (cancer colorectal/cancer du sein) puisque ces variations ne sont pas significatives au seuil de 5% de risque d'erreur. Donc la satisfaction par rapport au soutien émotionnel perçu n'a pas d'effet médiateur sur la variation du choix du coping en fonction de la particularité de la maladie (cancer colorectal/cancer du sein).

Quelle que soit la satisfaction des malades vis-à-vis du soutien informationnel perçu, le choix des trois types de coping ne diffère pas selon la particularité de la maladie (cancer colorectal/cancer de sein) puisque ces différences ne sont pas significatives au seuil de 5% de risque d'erreur. Donc la satisfaction par rapport au soutien informationnel perçu n'a pas d'effet médiateur sur la variation du choix du coping selon la particularité de la maladie (cancer colorectal/cancer du sein).

Quelle que soit la satisfaction des malades vis-à-vis du soutien d'estime de soi perçu, le choix des trois types de coping ne diffère pas selon la particularité de la maladie (cancer colorectal/cancer du sein) puisque ces différences ne sont pas significatives au seuil de 5% de risque d'erreur. Donc la satisfaction par rapport au soutien d'estime de soi perçu n'a pas d'effet médiateur sur la variation du choix du coping selon la particularité de la maladie (cancer colorectal/cancer du sein).

Quelle que soit la satisfaction des malades envers le soutien matériel perçu, le choix des trois types de coping ne diffère pas selon la particularité de la maladie (cancer colorectal/cancer du sein) puisque ces différences ne sont pas significatives au seuil de 5% de risque d'erreur. Donc la satisfaction par rapport au soutien matériel perçu n'a pas d'effet médiateur sur la variation du choix du coping selon la particularité de la maladie (cancer colorectal/cancer du sein).

En somme, la satisfaction par rapport au soutien perçu n'a pas d'effet médiateur sur la variation du choix du coping selon la particularité de la maladie (cancer colorectal/cancer du sein).

4.3.3. Effet de la perception des proches des causes du cancer sur le choix des stratégies du coping médiatisé par la satisfaction par rapport au SSP (test des analyses des régressions linéaires multiples)

Qu'il soit satisfait ou insatisfait par rapport au soutien émotionnel perçu, le choix du malade du coping centré sur le problème ne dépend pas des causes interne et externe perçues par les proches puisque le modèle explicatif de ce choix n'est pas significatif au seuil de 5% de risque d'erreur.

De même, que le malade soit satisfait ou insatisfait par rapport au soutien émotionnel perçu, le choix du coping centré sur l'émotion ne dépend pas des causes interne et externe perçues par les proches puisque le modèle explicatif de ce choix n'est pas significatif au seuil de 5% de risque d'erreur.

Lorsque le malade est satisfait par rapport au soutien émotionnel perçu, le modèle de régression explicatif du choix du coping RS est significatif au seuil de 5% de risque d'erreur ($p=0,018$). En effet, ce choix dépend négativement des causes internes et externes (Facteur 1) ($p=-0,477$, $p=0,005$). Ces causes sont respectivement : l'hérédité interne, le manque de contrôles médicaux et de prévention, et le stress lié à l'environnement et au mode de vie moderne. Ces causes s'opposent au stress lié à la personne, à l'hérédité externe et au problème de santé. Autrement dit, le malade choisit le coping RS lorsqu'il est satisfait du soutien émotionnel perçu et lorsque ses proches ne perçoivent pas que les causes, citées précédemment, soient à l'origine de son cancer. Par contre, lorsque le malade est insatisfait du soutien émotionnel perçu, le choix du coping RS n'est pas influencé par les causes internes et externes perçues par les proches. Ainsi, la satisfaction du malade par rapport au soutien émotionnel perçu stimule ou transmet totalement son choix du coping RS et ce lorsque ses proches ne perçoivent pas que les causes, citées précédemment, soient à l'origine de son cancer.

Que le malade soit satisfait ou insatisfait par rapport au soutien informationnel perçu, le choix des trois types de coping ne dépend pas des causes interne et externe perçues par les proches puisque les modèles explicatifs de ces choix ne sont pas significatifs au seuil de 5% de risque d'erreur.

Que le malade soit satisfait ou insatisfait par rapport au soutien d'estime de soi perçu, le choix des trois types de coping ne dépend pas des causes interne et externe perçues par les proches puisque les modèles explicatifs de ces choix ne sont pas significatifs au seuil de 5% de risque d'erreur.

De même, que le malade soit satisfait ou insatisfait par rapport au soutien matériel perçu, le choix des trois types de coping ne dépend pas des causes interne et externe perçues par les proches puisque les modèles explicatifs de ces choix ne sont pas significatifs au seuil de 5% de risque d'erreur.

Par conséquent, la satisfaction par rapport au soutien informationnel, au soutien d'estime de soi et au soutien matériel ne médiatise pas le choix des trois types de coping en fonction de la perception des proches sur les causes de la maladie. En revanche, la satisfaction du malade par rapport au soutien émotionnel médiatise son choix du coping RS et ce lorsque ses proches ne perçoivent pas que les causes, citées précédemment, soient à l'origine de son atteinte.

CHAPITRE 10. Test des hypothèses, résultats et interprétation des résultats : test de la 3^{ème} hypothèse

Nous testons la 3^{ème} hypothèse selon laquelle les attributions causales des malades ainsi que leur sentiment de responsabilité modèrent l'effet des déterminants personnels, environnementaux et les particularités de la maladie sur le choix de leurs stratégies de coping. Une analyse descriptive des résultats issus des entretiens menés auprès des malades (thème 2) sera présentée au fur et à mesure.

Pour tester l'effet modérateur des attributions causales des malades et leur sentiment de responsabilité sur l'impact des déterminants personnels, environnementaux et les particularités de la maladie sur le choix des stratégies de coping, nous avons, d'une part testé

l'effet direct des déterminants sur le choix du coping (Hypothèse1), et d'autre part l'effet des attributions causales et du sentiment de responsabilité sur ce choix.

Rappelons que seulement le NSC élevé a un effet direct sur le choix du coping centré sur le problème. Nous voulons savoir si cet effet peut être modéré par les attributions causales et le sentiment de responsabilité. Nous n'allons pas chercher l'effet modérateur des attributions causales et du sentiment de responsabilité sur le reste des déterminants puisque ces derniers n'ont pas eu d'effets directs (lors du test de l'hypothèse1) sur le choix du coping.

1. Effet modérateur des attributions causales (internes et externes)

D'après l'analyse descriptive des résultats de l'entretien (N=56), les malades ont évoqué différentes causes (internes et externes) à leur maladie. Citons, à titre d'exemples, comme causes internes, le stress lié à la personne elle-même (personne qui se perçoit comme ayant une personnalité hyper-sensible, hyperactive, hyper-émotionnelle), problèmes de santé (sujet qui se déclare ayant des problèmes de santé dès l'enfance), et l'hérédité, le stress lié à l'environnement et au mode de vie moderne, ainsi que Dieu comme causes externes.

La comparaison des moyennes du choix du coping centré sur le problème selon la perception ou non des causes externes, en particulier le stress lié à l'environnement et au mode de vie moderne (CES), est significatif ($p=0,032$). La plus forte moyenne est attribuée à la perception de cette cause. Ainsi, la perception du stress lié à l'environnement et au mode de vie moderne modère, en augmentant, l'effet du NSC élevé sur le choix du coping centré sur le problème. La moyenne du degré de ce choix passe de 0,48 à 0,79. Autrement dit, les malades de NSC élevé s'orientent davantage vers le choix des stratégies de coping centré sur le problème lorsqu'ils perçoivent que la cause de leur atteinte est le stress lié à l'environnement et au mode de vie moderne. Par contre, les causes internes tels que le stress lié à la personne (personnalité hypersensible, hyperactive, hyper-émotionnelle) (CIS), les problèmes de santé et l'hygiène de vie (CIPS), l'âge (CIA), l'hérédité congénitale (CIH), les causes externes tels que les problèmes de santé (CEPS), Dieu (CED) et l'hérédité en tant que transmission parentale (CEH) n'affectent pas le choix des stratégies de coping. Les tests de comparaisons des moyennes des coping au niveau de ces attributions causales ne sont pas statistiquement significatifs au seuil de risque d'erreur de 5%.

2. Effet modérateur du sentiment de responsabilité

L'analyse descriptive des résultats des entretiens menés auprès des 56 malades nous a montré que la moitié d'entre eux (52,7 %) se sentent non responsables d'avoir attrapé leur

cancer. 21,8 % s'attribuent une partielle responsabilité et 25,5 % s'en attribuent totalement la responsabilité. (Annexe VII-44)

Le test de comparaison des moyennes du choix du coping orienté vers la recherche de soutien selon le degré du sentiment de responsabilité est significatif ($p=0,016$). La plus forte moyenne est attribuée aux patients qui se sentent partiellement responsables ($m=,92$). Donc le coping orienté vers la recherche de soutien domine chez ces personnes.

Le choix du coping centré sur le problème ainsi que celui centré sur l'émotion ne diffèrent pas quel que soit le degré du sentiment de responsabilité des malades. Par conséquent, le sentiment de responsabilité ne modère pas la relation entre le NSC et le choix du coping lié au problème et à l'émotion.

Les résultats de la présente étude font donc ressortir plusieurs aspects de la représentation de la maladie cancéreuse, de ses causes, du contrôle perçu de son évolution ainsi que des modes d'ajustement des patients tunisiens. Dans ce qui suit, nous résumons et discutons les principaux résultats concernant les effets directs, médiateurs et modérateurs déterminant le choix des différentes stratégies de coping utilisées par les patients tunisiens pour faire face à leur cancer.

CHAPITRE 11. Discussion des résultats

Introduction

Afin de comprendre les résultats statistiques précédemment exposés, nous essayerons de les discuter tout en les reliant aux théories de départ de la présente étude. Il est important de signaler que les résultats obtenus ainsi que leur interprétation sont relatifs et ne décrivent que la réalité sur laquelle nous avons centré cette étude.

1. Effets directs des déterminants personnels, médicaux et environnementaux sur le choix des stratégies de coping

1.1. Effet des déterminants personnels (NSC, âge, genre)

Suivant le schéma du modèle intégratif et explicatif de l'ajustement psychologique des malades cancéreux, l'examen des effets simples ou directs des déterminants personnels (âge, sexe et NSC) sur le coping montre que les malades de NSC élevé choisissent des stratégies de coping centrés plutôt sur le problème. Dans la littérature, Revidi (1994) a indiqué, mais d'une manière générale, que le NSC a une grande importance dans l'adaptation psychologique des personnes souffrant de maladies somatiques graves, y compris le cancer. Pour expliquer le lien spécifique entre le NSC élevé et le choix du coping centré sur le problème nous devons revenir sur notre définition du NSC. Le NSC des malades participant à cette étude a été déterminé par trois indicateurs : l'origine géographique (milieu rural/urbain), le niveau socio-économique élevé/moyen/bas (revenu élevé/moyen/faible) et enfin le niveau d'études élevé/moyen/faible (niveau supérieur/primaire et secondaire/analphabète). Nous pensons ainsi que les malades vivant dans un milieu urbain (accès facile à l'information, aux soins), avec un niveau socio-économique élevé (pas de contraintes financières pour accéder aux soins, statut social confortable, appartenance familiale) et un niveau d'études élevé (recherche active de l'information, meilleure compréhension de la maladie, communication avec les soignants, adhésion aux traitements) ont plus de facilités pour un recours à des stratégies actives pour faire face à leur maladie. Ils vont ainsi, et comme le soulignent les études, essayer de trouver des solutions telles que l'observance médicale, la recherche d'informations, d'aide, etc. Cette idée s'accorde avec celle de Fischer (2006) selon laquelle, chez les malades cancéreux et pour le coping centré sur le problème, il y a manifestation d'un esprit combatif. Dunkel-Schetter, cité par Cousson-Gélie (2001), parle de "pensées positives", au sens de trouver une nouvelle force et de redécouvrir ce qui est important dans la vie.

Aucun autre prédicteur, parmi les déterminants personnels de cette étude, n'est associé significativement aux différents types de coping (centré sur le problème, l'émotion et la recherche de soutien). Ainsi, l'âge des participants n'a pas d'effet direct sur leur choix des stratégies de coping. Ce résultat confirme celui de Hartmann (2007) selon lequel il n'y a aucune interaction significative entre l'âge des patientes avec cancer du sein et le coping problème, le coping émotion ou le coping recherche de soutien social. Mais les résultats des publications étudiant l'effet de cette variable ne sont pas unanimes. Pour certains auteurs (Pucheu et al. 2005) les difficultés d'adaptation augmentent avec l'âge. Selon Trzepizur (2008) pour Kornblith, Powell, Regan, Bennett, Krasner, Moy, Younger, Goodman, Berkowitz et Winer (2007) l'âge jeune est susceptible de conduire à un mauvais ajustement psychologique, particulièrement chez les femmes souffrant du cancer de l'endomètre. A l'opposé, Franks et Roesch (2006) ont trouvé que les patients plus jeunes considèrent

l'épreuve du cancer comme un défi, ce qui les encourage à élaborer davantage des stratégies de coping actives. En outre, si une détermination directe de l'âge dans la genèse et l'évolution du cancer a été identifiée (Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001), l'effet de cette variable sur le choix d'un type de coping plutôt qu'un autre n'a pas été mis en évidence. On peut supposer qu'une représentation du cancer comme, par exemple, maladie potentiellement mortelle ou mutilante, fait que le seul objectif des malades, jeunes comme âgés, est d'y faire face avec toutes les stratégies possibles.

Selon Pucheu *et al.* (2005) le sexe joue un rôle dans l'adaptation à une maladie chronique ou cancéreuse. Cependant, nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les hommes et femmes tunisiens dans leur ajustement psychologique au cancer. Ce résultat n'est pas surprenant ; il était même attendu. Une hypothèse explicative plongeant ses racines dans la culture de la société tunisienne à laquelle appartiennent les malades est plausible.

D'une part, la femme tunisienne est une femme active et positive qui se charge de plusieurs responsabilités, tout comme l'homme, voire davantage. Elle veille à l'éducation de ses enfants, travaille dur dans les champs et les usines pour répondre, à côté de son mari, aux besoins de son foyer. Elle assume pleinement le rôle de la mère et du père si ce dernier est absent, handicapé ou chômeur. D'autre part, la femme maintient une relation très étroite avec la santé et la maladie en passant par des épreuves dures et pénibles: grossesse, accouchement, etc. Il arrive aussi souvent que la femme joue pleinement et à la fois le rôle d' "infirmière spontanée", d'accompagnatrice et même parfois de "guérisseuse". Dès son bas âge, qu'elle soit fille, sœur, conjointe ou mère, elle prend en soin l'homme (père, frère, conjoint, fils) malade. La femme développe ainsi une sorte d'immunité expliquant son recours à différentes stratégies de coping efficaces, tout comme l'homme, voire mieux que lui. Face au cancer, la femme montre un esprit combatif, cherche activement l'information, se conforme aux recommandations du médecin, suit le traitement, exprime ses émotions. Les entretiens que nous avons menés avec certaines patientes confirment largement notre explication. Nous nous rappelons des propos d'une patiente qui disait : « *Je ne dois pas baisser les bras, je dois confronter jusqu'à la fin...j'essaie de trouver la force à chaque nouveau jour, si ce n'est pas pour moi c'est pour mes trois enfants...* ».

Cette absence de lien entre le "genre" et l'ajustement psychologique a été observée dans une étude antérieure. L'étude de Laugaa et Bruchon-Schweitzer (2005) portant sur l'ajustement des enseignants français au stress a montré qu'il n'y a pas de différence significative entre les femmes et les hommes dans le recours au coping centré sur le problème et que les femmes tendent plutôt vers le coping émotionnel (besoin de communiquer). Ceci

peut être expliqué, selon les auteurs, par le fait que les enseignantes sont moins réticentes dans l'expression de leurs émotions que leurs collègues hommes qui utilisent, davantage, l'évitement. Cette explication nous renvoie directement aux propos des participants interviewés. Nous nous souvenons des propos de la patiente au manteau rouge vif avec une jolie coiffure disant : « ... dès l'annonce de mon diagnostic j'ai parlé à tout le monde de mon cancer, ma famille, mes amis, même mes voisines... je ne vois pas une seule raison pour cacher ma maladie... au contraire j'ai fait de sorte que chacun d'eux supporte avec moi le poids de ce fardeau... ». De notre côté nous soutenons aussi l'idée que les femmes sont moins réticentes dans l'expression de leurs émotions par rapport aux hommes, lesquels sont plus réservés. L'homme dans la culture arabo-musulmane, comme dans plusieurs autres d'ailleurs, ne doit pas montrer sa peur, son inquiétude, ses pleurs.

De ces considérations, nous évoquons dans ce qui suit de nouvelles orientations dans le champ du coping qui ont émergé et qui ont apporté un nouveau regard sur le coping émotionnel. De telles orientations mettent l'accent davantage sur les émotions et leur fonction adaptative (Hartmann, 2008).

Face à un événement stressant ou aversif, les affects positifs et négatifs coexistent (Affleck et Tennen, 1996). Les émotions positives, rarement étudiées dans les situations de stress, ont une fonction adaptative telles que l'initiation au coping et la poursuite des efforts de coping lorsque les choses vont mal (Hartmann, 2008). En outre, les processus de coping liés aux affects positifs impliquent la recherche de sens, surtout pour les situations particulièrement difficiles. D'où la réévaluation positive, qui est une « *stratégie cognitive orientée sur le « recadrage » de ce qui vient d'arriver ou risque d'arriver, dans le sens d'une réévaluation de la situation de façon plus positive.* » (Hartmann, 2008, p. 291). C'est en quelque sorte le fait de trouver des bénéfices dans une expérience aversive. C'est le fait aussi de prendre conscience de certaines nouvelles valeurs et significations telles que le sens de la vie, santé, fragilité, mort, famille, Dieu, etc. (Fischer et Tarquinio, 2002 ; Affleck et Tennen, 1996 ; Moos et Schaefer, 1993). Les travaux de Dean et Surtees (1989) ont montré qu'avec des maladies graves comme le cancer, le recours au déni et à la réévaluation positive favorise un bon ajustement. De leur côté, Stanton, Danoff-Burg, Cameron et Ellis (1994) parlent de "coping d'affrontement émotionnel" (*emotional approach coping*). Ces auteurs ont pu mettre en évidence deux dimensions du coping émotionnel : le processus émotionnel (efforts actifs d'identification et de compréhension des émotions, réalisation de la pertinence et de l'importance des sentiments ressentis) et l'expression des émotions (Hartmann, 2008). Ainsi,

le coping émotionnel n'est plus centré seulement sur l'impuissance-désespoir, l'évitement et la résignation et par conséquent approché comme dysfonctionnel.

Enfin, l'absence d'effet de la variable "genre" sur l'ajustement psychologique face au cancer peut signifier qu'il n'y a pas un type de coping spécifique aux hommes plutôt qu'aux femmes et vice versa. D'ailleurs, les résultats de l'analyse descriptive des entretiens menés avec les participants révèlent que 62,2 % d'eux choisissent les stratégies de coping centré sur le problème, 54,3 % choisissent plutôt les stratégies de coping centré sur l'émotion et 56,5% recourent au coping orienté vers la recherche de soutien. Ainsi les malades hommes et femmes, avec respectivement cancer colorectal et cancer du sein, adoptent approximativement les trois types de coping à parts égales. Ce résultat corrobore ce qui a été avancé dans la littérature : le plus important reste le recours à différentes stratégies et qu'elles soient efficaces selon les situations et les circonstances (Paulhan, 1992 ; Revidi, 1994 ; Bruchon-Schweitzer, 2001).

1.2. Effet des déterminants médicaux (type de cancer : sein/colorectal) sur le choix des stratégies de coping

Du fait de l'absence de différence entre hommes et femmes, nous n'avons pas non plus trouvé de lien entre le type de cancer et l'adoption des différentes stratégies de coping. Etant donné que nos malades atteints de cancer du sein sont toutes des femmes et que ceux atteints de cancer colorectal sont tous des hommes, il y a absence d'effet direct de la variable type de cancer (déterminant médical) sur l'ajustement psychologique des malades. A notre connaissance, aucune comparaison n'a été faite entre des malades caractérisés par ces deux types de cancer. C'est plutôt l'effet de la représentation de la sévérité de l'atteinte ainsi que la représentation du traitement sur l'adaptation qui a été mis en évidence dans la littérature. Pucheu et *al.* (2005) ont montré que l'efficacité du traitement est un fait qui donne aux patients souffrant d'un cancer du côlon le sentiment d'un meilleur contrôle personnel sur la maladie.

1.3. Effet des déterminants environnementaux sur le choix des stratégies de coping

D'autres prédicteurs ont marqué leur présence dans le modèle intégratif et explicatif de l'ajustement psychologique des malades cancéreux tunisiens : il s'agit des déterminants environnementaux. Le premier déterminant est la représentation de la maladie cancéreuse et de ses causes selon les proches des malades. Le deuxième déterminant renvoie au contrôle perçu et aux stratégies de coping que les infirmiers, face à un problème de santé récent qui les a particulièrement bouleversés, aient recours.

Il s'est révélé que la représentation et la causalité de la maladie selon les proches n'a pas d'effet sur l'ajustement des malades. En ce qui concerne les infirmiers, nous rappelons que nous avons eu recours à une analyse descriptive pour chercher une éventuelle concordance entre les malades et les infirmiers quant à leur perception de la causalité, du contrôle de la maladie et des stratégies de coping choisies. Rappelons ici que le questionnaire administré aux 25 infirmiers, et portant sur leur coping face à un problème de santé qu'ils ont vécu et qui les a particulièrement bouleversé, a révélé que ces derniers ont eu recours aux trois types de coping à parts égales (52% pour chaque type). Ce résultat concorde avec celui obtenu auprès des malades. En effet l'infirmier, à travers sa relation proche et longue avec le malade, peut lui transmettre son savoir, son savoir-faire et son savoir-être afin de l'aider à développer différentes stratégies pour un meilleur ajustement. Il est de la mission même de l'infirmier de se préoccuper du malade, au sein d'une relation de respect et de considération pour sa personne, d'ouverture à sa richesse, ce qui permet par conséquent une participation plus active malgré l'altérité et la vulnérabilité. D'ailleurs, selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « *la mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social [...]. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie [...]. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination.* »

Il est de toute importance de révéler qu'outre le coping centré sur le problème, l'émotion et la recherche de soutien, nous avons décelé, à l'occasion de l'entretien, d'autres types de coping plus spécifiques. Il s'agit du coping "religieux", coping "recours non-conventionnels", coping "épanouissement" et coping "hygiène de vie".

2. Coping "religieux", "recours non-conventionnels", "épanouissement" et "hygiène de vie"

2.1. Coping "religieux"

Généralement, avec les pathologies graves (SIDA, cancer, diabète de type 2) les malades expriment des hauts niveaux de religiosité et de spiritualité (O'Hea, Bodenlos, Moon, Grothe, et Brantley, 2009). L'analyse descriptive des résultats obtenus de l'analyse de contenu des entretiens menés avec 56 patients cancéreux nous a révélé que 82,7 % des sujets ont eu recours au coping "religieux" pour s'adapter à leur cancer. Le coping "religieux" comprend un

ensemble de croyances et de pratiques religieuses et spirituelles permettant aux malades de faire face à l'atteinte et aux traitements lourds (Murguia, Zea, Reisen, et Peterson, 2000 ; Lin, Bauer-Wu, 2003 ; Cousson-Gélie, Bruchon-Schweitzer, Dilhuydy, Irachabal et Lakdja, 2005 ; Vachon, 2008). Ainsi, prier Dieu, lire le texte sacré, faire le jeûne, le pèlerinage ... permet, selon les participants, de réduire leur souffrance physique et surtout psychique, positiver et trouver un nouveau sens à une expérience aussi bouleversante. Une patiente disait : « *Je tiens toujours au bon Dieu, je prie, je jeûne, je lis le coran, j'aide les pauvres et Dieu m'aidera, il ne me lâchera jamais, Dieu ne lâche pas ses fidèles* ». Maintes recherches soutiennent de tels résultats (Wachholtz et Sambamoorthi, 2011 ; Vachon, 2008 ; Rippentrop, 2005). L'engagement religieux est même associé à l'optimisme chez les patientes au cancer du sein (Cousson-Gélie et al., 2005).

Les recherches antérieures, comme la présente, reconnaissent la fonctionnalité du coping religieux dans l'ajustement aux maladies, ici le cancer. Néanmoins, il est essentiel de signaler que ce type de coping peut être dysfonctionnel lorsque l'engagement religieux consiste à se remettre à Dieu en toute passivité. Dans ce sens, Pargament, Kennell, Hathaway, Grevengoed, Newman et Jones (1988) discernent trois types de coping religieux : « *L'approche "directe" permettant de compter sur les ressources apportées par Dieu, l'approche qui consiste à s'en remettre à Dieu passivement pour résoudre les problèmes, et, enfin, l'approche "collaborative" qui implique un "partenariat" avec Dieu dans la résolution du problème.* » (Hartmann, 2008, p. 296). Avec les deux approches "directe" et "collaborative" la personne est suffisamment libre et active pour mener et gérer sa vie avec l'aide et la bénédiction de Dieu.

2.2. Coping "recours non-conventionnels"

Autre type de coping identifié chez les participants, avec un pourcentage important (43% des malades interviewés), le coping "recours non-conventionnels". Ce résultat n'est pas surprenant. En Grande Bretagne un patient cancéreux sur deux utilise un traitement parallèle quelconque, aux Etats-Unis les chiffres varient de 7 à 54%, en France, on rapporte un taux de 31% (Gharbi, Laadhari, Gahbiche et Ben Ahmed, 2008). D'après l'étude de Gharbi et al. (2008) 49% des patientes cancéreuses (tout sites confondus) disent avoir utilisé au moins une forme des médecines complémentaires et alternatives. Deux raisons à cela. D'une part, face aux traitements médicaux dont l'agressivité peut être plus dangereuse que la maladie elle-même (Pélicier, 1995), les patients cherchent des remèdes ancrés dans le social et le culturel. D'autre part « *des besoins profonds de l'âme humaine venus du fond des temps se*

manifestent, quelles que soient par ailleurs les emprises de la rationalité et de la technoscience sur notre mode de vie. Attentes magiques, ésotériques, occultes, irrationnelles certes, mais bien présentes, expliquent, entre autres, l'engouement immense pour une certaine forme de médecine dite "parallèle". » (Tchobroutsky, 2006, p. 105). Selon C. L. Strauss « *devant certaines situations difficiles ou périlleuses, les individus peuvent recourir à des pratiques qui pourraient paraître absurdes, dérisoires, mais qui répondent à une sorte de nécessité psychologique compte tenu de leur niveau culturel. C'est le symbole qui est réclamé beaucoup plus que la réalité ; comme elle est inaccessible, on fait "comme si" et c'est déjà cela quand rien d'autre n'est offert.* » (Pélicier, 1995, p. 75). Nos participants ont ainsi eu recours à des pratiques ancestrales ou en vogue, souvent encouragées par l'entourage. Le recours à des recettes étranges (ex : manger la viande de serpent et autres animaux bizarres, miel et graine noire, boire le lait de la femelle du dromadaire, huile d'olive, miel, herbes médicinales, plantes exotiques), traitements locaux (sortes de pansements à base de plantes et algues), recours au jeûne, l'appel au "guérisseur spirituel", au traitement par les piqûres des abeilles sont les pratiques les plus citées par les patients pour faire face à leur cancer. Selon les malades eux-mêmes, le recours à ces pratiques leur permet de mieux supporter les soins oncologiques aversifs en renforçant le système immunitaire et les défenses de l'organisme, et en atténuant les effets secondaires des traitements. Si de telles pratiques peuvent apporter support et confort aux malades vulnérables et marqués par l'épreuve du cancer, leurs effets nocifs sur la santé sont redoutés. Certaines médecines et pratiques peuvent faire détourner le malade de son médecin et de son traitement oncologique. De ce fait, il est primordial d'instaurer une relation de confiance et un dialogue ouvert entre le malade et son médecin traitant.

2.3. Coping "épanouissement"

Le coping "épanouissement" est aussi décelé chez nos participants. 32,7 % des malades interviewés ont eu recours à "l'épanouissement personnel" comme stratégie de coping face au cancer. Il s'agit de l'appréciation de la vie en général en pratiquant diverses activités (ex : sorties en la mer, aux bois, randonnées avec la famille, lire, regarder la télé, écouter la musique, etc.). Cette stratégie correspond largement à la sous-dimension "évitement comportemental et cognitif" du coping émotionnel qui se caractérise par la distraction et le désengagement. Cette même stratégie "distraction" a été proposée par Endler et *al.* (1998) dans leur échelle du CHIPS (*Coping with Health Injuries and Problems Scale*) en tant que facteur indépendant, tout à côté du coping émotionnel. A notre avis, ce qui importe n'est pas

de différencier (ou non) le coping "épanouissement" ou "distraction" du coping émotionnel, mais de chercher à quel point ses effets peuvent être protecteurs et bénéfiques dans l'ajustement du malade (Harandy, Ghofranipour, Montazeri, Anousheh, Bazargan, Mohammadi, Ahmadi et Niknami, 2010).

2.4. Coping "hygiène de vie"

Enfin, le coping "hygiène de vie" est une autre stratégie d'ajustement dont la moitié des malades (56,9 % des malades interviewés) a eu recours pour faire face à leur cancer et à ses traitements. Ces malades essaient de se relaxer, d'éviter les sources de stress et de fatigue, d'être actifs et de remplir leurs devoirs dans la marge du possible, d'avoir une alimentation saine, de rompre avec le tabac et l'alcool, etc.). Cette stratégie peut renvoyer au coping dit "palliatif" développé dans l'échelle CHIP de Endler et *al.* (1998). Le malade prend soin de lui, essaye de changer sa conduite et ses comportements afin de contrôler les effets indésirables de la maladie et des traitements et d'améliorer sa qualité de vie en général.

Dans leur variété, les stratégies de coping ont des effets bénéfiques sur la santé. Néanmoins, en fonction des transactions entre l'individu et son environnement, le processus d'ajustement devrait être suffisamment flexible et changeant pour une meilleure fonctionnalité.

La vérification statistique de la deuxième hypothèse permet la recherche d'un effet indirect des déterminants personnels (âge, sexe et NSC), médicaux et socio-environnementaux transmis par diverses variables médiatrices sur le choix des stratégies de coping. Rappelons que l'optimisme, le sentiment d'efficacité personnelle (SEP), le *Locus of control* (LOC) et le soutien social perçu (SSP) sont les quatre composantes du contrôle perçu (CP). Ces composantes seront présentées une par une avec chacune son effet médiateur.

3. Effets des déterminants personnels et médicaux sur le choix du coping médiatisé par le contrôle perçu

3.1. Effet des déterminants personnels et médicaux sur le choix du coping médiatisé par l'optimisme

En testant le rôle médiateur de l'optimisme sur l'effet des déterminants personnels (âge, sexe et NSC) sur l'ajustement psychologique, nous avons constaté que l'orientation vers le pessimisme transmet totalement (médiation totale) l'effet du NSC bas sur le choix du coping centré sur l'émotion. Les malades ayant un NSC bas et qui sont généralement des personnes d'origine rurale (où l'accès à l'information et aux soins est difficile), analphabètes et de

niveau socio-économique bas (contraintes financières...) choisissent des stratégies de coping passives orientées vers l'émotion lorsqu'ils tendent vers le pessimisme. Au lieu de se centrer sur le problème (chercher l'information, essayer de réduire les exigences de sa situation, adhérer aux traitements) le malade, du fait de la relation positive entre le pessimisme et les affects négatifs, recourt plutôt à la résignation, à l'évitement, à la répression des émotions, au fatalisme et à la dramatisation. Ce résultat concorde avec ce qui a été reporté dans la littérature (Gillham, Shatté, Reivich et Seligman, 2000; Sanjuan, Arranz et Castro, 2012 ; Martin-Krumm, 2012). Selon Peterson, Seligman et Veillant (1988) « *les sujets pessimistes, percevant leurs tentatives comme vaines, ne feraient pas d'efforts pour adopter des styles de vies sains* » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.227). Ainsi, la tendance vers le pessimisme fait que ces malades démunis s'orientent vers le coping émotionnel ce qui les rend plus fragiles tout en manifestant plus de détresse, d'hostilité et de perte de contrôle de leur situation.

Un deuxième résultat de la médiation de l'optimisme est la tendance vers le pessimisme qui oriente totalement les femmes souffrant du cancer du sein vers le choix du coping centré sur le problème. Face à ce résultat, nous avançons deux hypothèses explicatives.

D'une part, le cancer, est souvent associé à l'absence d'espoir de guérison et à l'idée de mort ce qui conduit la personne atteinte à des sentiments négatifs et au pessimisme et par conséquent à l'adoption d'un coping passif. Mais les choses peuvent prendre une nouvelle tournure notamment lorsqu'il s'agit du cancer du sein en particulier : nous avons décelé auprès des patientes interviewées que le cancer du sein est perçu comme parmi les cancers ayant un bon pronostic. Une telle représentation, positive et encourageante fait que, malgré leur orientation pessimiste, les femmes se montrent actives dans leur combat contre la maladie en élaborant davantage des stratégies de coping centrées sur le problème. Plusieurs études viennent soutenir cela. D'après Ben Gobrane, Fakhfakh, Rahal, Ben Ayed, Maalej, Ben Abdallah, Achour, et Hsairi (2007) si le cancer du sein demeure le principal cancer féminin, et si son incidence est la plus élevée dans les pays développés et en voie de développement (63,2/100000 versus 23,1/100000), un taux de survie de 61 % à 5 ans et de 51 % à 9 ans a été mis en évidence auprès des femmes tunisiennes atteintes de ce cancer. Dans la même étude, les auteurs ont certes montré que ce taux est relativement plus faible que le taux global (78 %) rapporté dans l'étude *Eurocare-3* qui a analysé la survie des patients dans 22 pays à partir des données de 56 registres européens. Mais Franks et Roesch (2006) ont montré que les femmes ayant un cancer du sein ont plus d'espoir que les patients atteints d'un autre cancer, que leur atteinte peut être bien traitée, que la chance de survie est bonne et que les résultats peuvent

êtres déterminés par leurs actions. Dans ce sens, le fait de focaliser sa pensée et ses comportements à ménager son cancer semble être avantageux pour son adaptation.

D'autre part, en nous référant aux études sur la motivation, en l'occurrence les stratégies motivationnelles, nous avons trouvé une deuxième piste explicative. Le pessimisme défensif est une stratégie anticipatoire qui se traduit par des efforts élevés pour faire face, à l'avance, à une situation quelconque. Les pessimistes défensifs font des attentes négatives qui les conduisent à des sentiments d'anxiété et de faible contrôle perçu de la situation. Cette anxiété, cette concentration sur les aspects négatifs, cette inquiétude et imagination du pire motivent les pessimistes défensifs à opter pour des actions positives leur permettant de surmonter la situation (Hugo Criadi Del Valle et Mateos, 2008 ; Norem et Cantor, 1986 ; Elliot et Church, 2003). De ce fait, nous supposons que les patientes du cancer du sein ont eu recours, de manière non réaliste, au pessimisme défensif en émettant des attentes négatives sur soi et sur leur situation (ex : je ne suis pas capable de surmonter cette épreuve, la maladie va récidiver). Anxieuses, les patientes se motivent et se centrent sur le problème (faire plus d'effort, surmonter son angoisse, s'engager davantage, etc.) afin d'éviter le pire. Ainsi et malgré son utilisation fréquente dans le domaine de la performance et de l'apprentissage, l'approche motivationnelle du pessimisme défensif a pu nous éclairer sur le rôle que peut jouer les affects négatifs (comme l'anxiété) dans l'ajustement psychologique des malades du cancer.

3.2. Effet des déterminants personnels et médicaux sur le choix du coping médiatisé par le SEP

Une autre variable a exercé un certain effet médiateur entre le NSC des malades et leur choix du coping, il s'agit du sentiment d'efficacité personnelle (SEP). Il s'est révélé qu'un fort degré de SEP renforce l'effet du choix du coping centré sur le problème pour les malades de NSC élevé (la moyenne de ce choix a passé de 0,75 à 0,85). Selon Bandura (1997), le SEP est la croyance de l'individu en ses capacités à atteindre un objectif ou à faire face à une situation stressante. Ainsi, ceux qui s'estiment efficaces trouvent davantage de possibilités pour la réalisation ou la confrontation que ceux qui doutent de leurs capacités (Bandura, 2003). De ce fait, les malades de NSC élevé perçoivent avoir un fort sentiment d'efficacité, ce qui favorise le choix des stratégies de coping actives telles que : recherche de l'information, réévaluation de la situation et focalisation sur les aspects positifs, mise d'un plan d'action et engagement pour mieux gérer les sphères de sa vie, etc.). Ce résultat est largement consistant avec l'approche socio-cognitive selon laquelle « *le choix, l'effort et la persévérance sont fortement régulés par des croyances d'efficacité personnelle.* » (Bandura, 2003, p. 28). Les

auteurs s'accordent à reconnaître le lien positif entre le SEP et différents critères de santé. Le SEP est lié à la régulation du stress, à une estime de soi élevée, à un meilleur bien-être physique et mental (Karademas, 2006), à un ajustement actif et au rétablissement des maladies aiguës et chroniques (Boehmer, Luszczynska, Schwarzer, 2007 ; Luszczynska, Scholz et Schwarzer, 2005; Hirai, Suzuki, Tsuneto, Ikenaga, Hosaka et Kashiwagi, 2002).

Dans la même veine et concernant l'effet médiateur du SEP, notre étude a abouti à un autre résultat. Un fort degré de SEP stimule l'orientation des femmes victimes du cancer du sein vers le choix du coping centré sur le problème. La perception d'une efficacité personnelle incite les patientes ayant un cancer du sein à s'ajuster activement à la maladie (accroître leurs connaissances sur la maladie et les traitements, meilleure adhésion aux traitements, etc.). Cette stimulation ou incitation peut être due à deux facteurs. Nous avons avancé dans ce qui précède que la représentation du cancer du sein chez les patientes tunisiennes interviewées est positive et encourageante du fait de son bon pronostic. Une telle représentation fait que les patientes développent un SEP plus solide. Elles manifestent ainsi un esprit combatif et persévérant face à la maladie et ses traitements. D'ailleurs, lors des interviews, les patientes qui s'estiment efficaces ont déclaré avoir confiance en la médecine et en son succès croissant. Selon certaines patientes, on n'est plus démunis face au cancer du sein, il y a une variété de traitements possibles et plus ou moins efficaces (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie) qui font régresser la maladie plus longtemps, voire l'éliminent. Dans un même ordre d'idées, nous supposons que malgré la mutilation et la fatigue, le cancer du sein est moins handicapant en comparaison avec le cancer colorectal. L'adaptation psychologique et sociale du patient "stomisé"⁴ est parfois difficile car il doit apprendre à répondre aux contraintes découlant d'une stomie (changement de poches, nettoyage, hygiène alimentaire...). A l'opposé, une patiente au cancer du sein peut bénéficier d'une reconstruction mammaire après mastectomie. Ainsi, il est probable que la nature contraignante de certains traitements, plutôt que l'atteinte en elle-même, peut influencer le SEP du patient. Ceci peut expliquer le SEP élevé chez les patientes du cancer du sein par rapport à ceux au cancer colorectal de la présente étude.

Toujours à l'occasion des interviews, certaines autres patientes ont expliqué leur SEP par un facteur personnel plutôt que situationnel (succès de la médecine) : il s'agit de leur forte personnalité. Ces patientes se perçoivent comme ayant une forte et solide personnalité. Elles

⁴- Patient portant une stomie : en cas de cancer du côlon on parle de colostomie (anciennement appelé anus artificiel) : abouchement du côlon à l'abdomen pour que la matière fécale soit déviée grâce à l'incision en général pratiquée sur le ventre. Une stomie peut être temporaire ou définitive.

déclarent avoir réussi à gérer tant de problèmes et de situations difficiles tout au long de leur vie parce qu'elles ont le sens du défi et de la persévérance. Cette explication est conforme à la théorie sociocognitive de Bandura (1986, 1997). Ce dernier stipule que le sentiment d'efficacité personnelle se crée et se détermine par quatre sources d'informations, dont les expériences actives de maîtrise. La source la plus influente du SEP (Bandura, 1997) correspond à la manière dont l'individu interprète les résultats de ses accomplissements antérieurs. Celui qui pense que ses efforts ont porté leurs fruits se sent capable d'accomplir, par la suite, d'autres tâches. « *Le fait de maîtriser une tâche et de la réussir augmente considérablement les attentes d'efficacité, alors que le fait de cumuler les échecs les mine de façon progressive.* » (Grégoire, Bouffard et Cardinal, 2000, p.96). Ainsi, avec un antécédent aussi influent, le SEP des patientes devient plus robuste, ce qui les motive à agir activement face au cancer.

Sans doute d'autres variables, à côté de l'optimisme et du SEP, interviennent dans la détermination du choix du coping. L'effet médiateur du LOC, troisième composante du contrôle perçu, dans le choix de stratégies de coping face au cancer a été vérifié. Nous discutons, dans un premier temps, les effets médiateurs d'un LOC-Interne suivi, dans un deuxième temps, de ceux des LOC-Externes (médecin, entourage, Dieu et chance).

3.3. Effets des déterminants personnels et médicaux sur le choix du coping médiatisé par le LOC

3.3.1. Effet des déterminants personnels et médicaux sur le choix du coping médiatisé par le LOC-Interne

L'effet du NSC élevé sur le choix du coping centré sur le problème se trouve renforcé par la forte perception chez le patient que ses propres comportements et conduite (LOC-Interne) déterminent l'évolution de sa maladie. Conformément à la littérature, le lien positif, direct et indirect, entre l'internalité et une bonne santé physique, mentale, des styles de vie sains et des stratégies de coping centrées sur le problème, est bien établi (Taylor, Lichtman et Wood, 1984 ; Morin, 1996 ; Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Préau, Vincent, Spire, Reliquet, Fournier, Michelet, Lepout et Morin, 2005 ; Cousson-Gélie, Bruchon-Schweitzer, Dilhuydy, Irachabal et Lakdja, 2005 ; Barez, Blasco, Fernandez-Castro et Viladrich, 2007). En effet, « *l'internalité correspond généralement à un style de vie plus sain que l'externalité. Les individus internes font plus d'exercice, ont moins de conduites addictives et leur alimentation est plus équilibrée. Ils cherchent davantage d'informations et ont une meilleure adhésion thérapeutique que les externes en cas de maladie.* » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 243). De

son côté, l'analyse descriptive fine des réponses des malades interviewés rejoint cette définition. Nous avons décelé un LOC-Interne de deux natures : le "LOC-Interne centré sur la maladie et les traitements" renvoyant automatiquement à l'observance médicale (adhérer à son traitement, ne pas rater les contrôles médicaux, suivre les conseils du médecin, etc.) et le "LOC-Interne centré sur la personne du malade", sur lequel nous reviendrons plus loin. En synthèse, être persuadé que l'on peut maîtriser, en quelque sorte, sa vie et sa maladie, induit un bien-être général, incite le patient à percevoir les événements aversifs comme des défis et par conséquent à s'engager activement pour y faire face.

Si l'externalité est associée à la vulnérabilité et à plusieurs troubles émotionnels (une plus grande détresse émotionnelle, dépression, anxiété, faible estime de soi), il est clair que l'internalité (Gruber-Baldini, Ye, Anderson et Shulman, 2009 ; McQuillen, Licht et Licht, 2003 ; Bruchon-Schweitzer, 2002) est associée à une bonne santé émotionnelle (moins de détresse, faible dépression et sentiment d'impuissance-désespoir). Une telle association nous fait comprendre le lien que nous avons trouvé entre l'internalité de nos patients et leur choix du coping émotionnel. En effet, nous avons trouvé qu'une forte perception de contrôle interne (LOC-Interne) stimule chez les patients de NSC bas, ainsi que les femmes atteintes de cancer du sein, le choix du coping centré sur l'émotion. L'internalité amène ainsi les patients à élaborer, non seulement des stratégies de coping centré sur le problème mais aussi, des stratégies de coping émotionnel fonctionnelles. En se référant aux nouvelles orientations dans le champ du coping (Hartmann, 2008 ; Philippot, 2007 ; Gross et John, 2003), nous pensons que le coping émotionnel n'est plus ici un coping d'évitement mais de régulation et d'affrontement émotionnel. Les résultats de l'analyse de contenu des entretiens menés auprès des patients viennent soutenir cette idée. Le "LOC-Interne centré sur la personne du malade", que les patients ont affiché, fait que ces derniers s'orientent vers leurs émotions tout en essayant de les identifier, de les exprimer et de les réguler.

Face à une maladie mettant la vie de la personne en péril, l'individu attribue le contrôle à soi-même mais aussi à des facteurs externes tels que : personnages tout-puissants (médecin, entourage), Dieu, voire utilisent une illusion de contrôle (chance).

3.3.2. Effet des déterminants personnels et médicaux sur le choix du coping médiatisé par les LOC-Externe (médecin, entourage, chance et Dieu)

Relativement à la littérature (Paquet, 2009 ; Marks, Richardson, Graham et Levine, 1986 ; Brosschot, Winifred, Gebhardt et Godaert, 1994) l'externalité (personnages tout-puissants, chance) détermine, généralement, des troubles de santé (troubles de l'humeur,

dépression, anxiété) et des problèmes d'ajustement. MacDonald (1973) n'hésite pas à décrire les gens externes comme des « *handicapés par l'orientation externe de leur LOC* » (Paquet, 2009, p. 37). Segrestan, Cousson-Gelie et Bussièrès (2005) dans leur étude auprès de femmes qui ont subi une biopsie mammaire en vue d'un diagnostic de cancer du sein, ont révélé que « *les patientes qui pensaient (avant le test) que leur santé dépendait du hasard ont adopté une stratégie d'impuissance-désespoir qui les a conduit plusieurs mois plus tard à souffrir d'une détresse élevée et d'une qualité de vie médiocre. De même, les patientes qui pensaient que l'entourage et les médecins n'avaient aucun contrôle sur leur état de santé et leur maladie (LOC externe faible) ont manifesté un mauvais ajustement psychologique un mois et quatre mois après la biopsie.* » (Paquet, 2009, p. 123). Ainsi, Un LOC externe n'est pas toujours nocif pour la santé. Dans le même sens, Lin et Tsay (2005) « *les patients atteints d'un cancer rapportaient les seuils les plus élevés (comparativement à d'autres pathologies) de contrôle externe lié aux personnages tout-puissants. Ce résultat confirme à nouveau l'importance de croire que les personnes jugées les plus capables (le médecin) d'aider à la guérison contrôlent sa maladie, ce qui permet de supporter les traitements intenses et lourds mais nécessaires pour sa survie.* » (Paquet, 2009, p. 123). Ce rôle fonctionnel du LOC externe lié au médecin a été, dans une certaine mesure, montré dans cette étude. Nous avons trouvé que l'effet du NSC élevé sur le choix du coping centré sur le problème s'amplifie avec la médiation partielle d'une forte perception que le médecin (LOC-Médecin) contrôle l'évolution de la maladie. Il est clair qu'avec une maladie grave comme le cancer, le LOC externe-médecin est plus que nécessaire. Il dirige et aide davantage le patient à mieux se confronter à son problème et ainsi à organiser sa vie autour de la maladie et des traitements.

A la lumière de ce qui précède, nous soutenons l'idée que l'internalité et l'externalité ne sont pas des opposés, comme l'a postulé Rotter, mais plutôt deux dimensions de contrôle qui se complètent (Paquet, 2005 ; Segrestan et al. 2005 ; Taylor, Lichtman et Wood, 1984). Taylor et al. (1984), ont rapporté que les patients du cancer qui perçoivent que le contrôle de leur maladie dépend d'eux-mêmes et de leurs médecins font preuve d'un meilleur ajustement à court et long terme que les patients qui n'ont pas cette perception. De même, un LOC externe élevé (personnages tout-puissants) associé à un LOC interne élevé favorise l'observance des patients dialysés (Paquet, 2009).

A l'instar des études antérieures, les résultats concernant la fonctionnalité du LOC-médecin sont variés et parfois paradoxaux. Nous avons trouvé qu'une forte perception que le médecin (LOC-Médecin) contrôle l'évolution de la maladie cancéreuse stimule l'effet de NSC bas sur le choix du coping centré sur l'émotion. A cet égard, nous pensons qu'une forte

perception que le médecin est au contrôle de la maladie, en l'occurrence du cancer, amène les patients à déléguer, entièrement, leur problème de santé au médecin, ce qui les oriente, par conséquent, vers un coping émotionnel passif.

Néanmoins, en revenant sur les résultats des entretiens menés auprès de la moitié de ces malades et qui indiquent que ces derniers ont eu recours, à côté du LOC-médecin, à un "LOC interne centré sur la personne du malade", notre explication peut différer de la première. Nous supposons que les patients, en déléguant leur problème de santé au médecin, perçu comme la personne la plus compétente pour les prendre la charge, trouvent la possibilité de se focaliser sur leurs personnes, dans le sens où elles affrontent et régulent leurs émotions (peur, angoisse, dépression). Selon Yim Ip et Martin (2006) les femmes enceintes non dépressives sont celles qui ont le score le plus élevé pour le LOC-médecin. D'après Han, Collie, Koopman, Azarow, Classen et *al.* (2005) les patientes du cancer présentant une forte perception pour affronter les défis émotionnels de la maladie (sentiment de pouvoir surmonter leurs peurs) font, au cours des traitements, plus d'efforts pour entretenir de bonnes relations avec leur médecin. Il ressort qu'une relation de confiance, au sein de laquelle on confie son corps au médecin, favorise l'ajustement psychologique et surtout émotionnel du patient, ce qui lui permet alors de consolider cette relation et d'améliorer son observance thérapeutique. Cette observance renvoie à un patient actif, qui en premier lieu accepte de se remettre aux mains du médecin pour se soigner et en deuxième lieu de se focaliser sur son problème et de maîtriser certains aspects des soins. Suite à de tels résultats et analyses, l'idée qu'un LOC interne et un LOC externe peuvent coexister prend de l'ampleur. Il est ainsi postulé qu'un LOC partagé semble avoir une meilleure fonctionnalité que l'internalité ou l'externalité, prises indépendamment, dans un processus de soin qui peut être de long terme avec le cancer ou toute autre pathologie chronique. Le contrôle parental (LOC externe) s'avère néfaste s'il substitue le contrôle interne chez les adolescents diabétiques. Ce même contrôle devient bénéfique s'il est partagé chez les adolescents qui pensent avoir une emprise sur leur situation (Paquet, 2009).

Un troisième résultat vient appuyer le précédent. Nous avons retenu qu'une faible perception que le médecin (LOC-Médecin) contrôle l'évolution de la maladie cancéreuse stimule l'orientation des femmes, souffrant d'un cancer du sein, vers le choix du coping centré sur la recherche de soutien. Il ressort que les patientes qui perçoivent que leur cancer ne peut être que faiblement contrôlé par le médecin s'orientent davantage vers la recherche de soutien pour faire face. Ceci peut être expliqué, au moins, par deux hypothèses.

Premièrement, et en général, face aux limites et aux restrictions de la médecine dans le traitement des maladies du cancer, des patientes peuvent avoir recours à d'autres personnes

pour s'ajuster à leur atteinte. Il s'agit de personnes de l'entourage, proches ou collègues de travail, qui peuvent accompagner et apporter leur soutien lors de cette épreuve difficile. Deuxièmement, une faible perception du LOC-médecin peut être le reflet d'une mauvaise relation du patient avec le corps médical et paramédical et, en particulier, d'une mauvaise relation médecin/patient. Dans ce cas, pour compenser ou dépasser une mauvaise expérience avec leur médecin, qui aboutit souvent à une crise de confiance entre les deux partenaires et par conséquent à une mauvaise communication, certaines patientes recherchent activement le soutien auprès de personnes de leur entourage, proches, amis ou collègues de travail. Les patients peuvent alors s'informer sur leur maladie et le traitement, se décharger émotionnellement, trouver sympathie et compréhension qui peuvent être bénéfiques et protecteurs. Néanmoins, le médecin ne peut en aucune manière être écarté par le patient ou son entourage : il demeure un partenaire puissant dans chaque relation de traitement et de guérison escomptée. De ce fait, toute mésentente (concernant le traitement ou la confiance) peut nuire à l'observance qui "*est fondamentale pour les patients afin de voir leurs symptômes régresser, voire disparaître et ralentir l'évolution de la maladie.*" (Banovic et al. 2009, p. 4). Rosenstock, Strecher et Becker (1988) précisent que « *la qualité de cette relation renforcerait la perception qu'a le patient d'un contrôle personnel sur l'évolution de sa maladie et ses attentes positives quant aux bénéfices d'un comportement d'observance.* » (Banovic et al., 2009, p. 4). Pour Marks et al. (1986) certaines expériences positives avec le médecin et/ou avec le traitement sont nécessaires pour alimenter, chez le patient, des croyances de contrôle par le médecin, ce pour un meilleur ajustement psychologique. De leur côté, Banovic, Gilibert, Olivier et Cosnes (2009) considèrent la relation thérapeutique entre le médecin et le patient comme le facteur le plus prépondérant dans l'observance médicale. En outre, un faible LOC-médecin peut orienter les patients vers les CAM (*Complementary and Alternative Medicine*) et toutes sortes de recours non-conventionnels, dont les risques sont avérés. Se confier, corps et âme, à un guérisseur, et suivre ses présumés remèdes, malgré la procuration d'un sentiment de bien-être et une illusion de contrôle, peut mettre sa vie en danger. Dans ce sens, des études (Dilhuyd, 2003 ; Cathebras, 1996) pointent le fait que de nombreux patients atteints d'un cancer se tournent de plus en plus vers ces médecines simultanément à leur traitement conventionnel. L'attirance pour ces CAM est, entre autres, expliquée par le temps souvent insuffisant dédié aux consultations, la distance sociale et intellectuelle avec son médecin, ce qui rend difficile l'élaboration d'un climat de compréhension ou de confiance. Etablir un dialogue ouvert et confiant entre le patient et son médecin s'avère ainsi plus que

nécessaire ; des complications qui peuvent être dangereuses sont évitées et le patient retrouve, dans une certaine mesure, son entité.

Le contrôle externe de l'évolution de la maladie n'est que partiellement déterminé par le médecin. Le malade peut déléguer à ses proches certains éléments ou aspects de la situation qui échappent à son contrôle. Cette étude a abouti à deux résultats. D'une part, une perception forte que l'entourage (LOC-Entourage) soit au contrôle de la maladie renforce l'effet du choix du coping centré sur le problème pour les malades de NSC élevé. Nous remarquons qu'un LOC externe, qu'il soit attribué au médecin ou à l'entourage, encourage les patients de NSC élevé à déployer des stratégies de coping centré sur le problème. Nous supposons que grâce à leur niveau d'étude, généralement élevé, ainsi qu'à leur situation économique et familiale confortable, ces patients montrent une plus grande acceptation et ouverture à l'expérience avec la maladie. D'ailleurs, d'après Pucheu et *al.* (2005), plus le niveau d'études est élevé, plus la maladie apparaît comme intelligible (compréhensible), plus la dimension "ouverture à l'expérience", mesurée par le NEO-PI-R (Inventaire de Personnalité Révisé), est présente. Une telle ouverture fait que ces patients, qui ont déjà un fort LOC interne et un fort SEP, acceptent mieux le partage du contrôle de leur santé (avec le médecin et l'entourage). En outre, selon Baker, Buchanan et Corson (2008) dans la culture africaine où la cohésion sociale et familiale est très importante, les croyances que les autres contrôlent leur santé peut soulager les douleurs chroniques des femmes africaines. Il est approprié d'opter pour cette même explication pour comprendre la détermination et l'acceptation, chez les patients tunisiens, de l'entourage dans le contrôle de l'évolution de leur maladie. Appartenant à une culture nord-africaine collectiviste, les malades tunisiens valorisent l'identification au groupe et la solidarité, contrairement à ceux appartenant à une culture individualiste (Amérique du Nord, Australie et Europe occidentale) qui préfèrent plutôt l'autonomie. D'ailleurs, avec la récolte de données plus approfondies sur le contrôle de la maladie à l'occasion des entretiens, le LOC-Entourage/proches a surgi de nouveau parmi les autres LOC externes (corps médical et Dieu) révélés par les patients. En résumé, il semble que le NSC élevé des patients, leur croyance en un LOC entourage ainsi que leur ouverture à l'expérience de la maladie, les a aidé à être les mieux ajustés que leurs homologues de NSC moyen ou bas.

D'autre part, nous avons trouvé qu'une forte perception que l'entourage (LOC-Entourage) soit au contrôle de la maladie stimule le choix du coping centré sur l'émotion par les malades ayant un NSC moyen. Suite à ce résultat, nous suggérons que la forte perception que le contrôle de sa maladie soit déterminé par un entourage trop impliqué voire étouffant, en l'occurrence les proches ou la famille, peut menacer l'estime de soi du patient et induire,

par conséquent, la perception de perte de contrôle personnel sur sa maladie (Paquet, 2009). Nous citons de nouveau l'exemple du contrôle parental qui, en substituant le contrôle personnel des adolescents diabétiques, devient néfaste (Helgeson et Franzen, 1998). Banovic et al. (2009), pour leur part, ont trouvé que les pressions familiales corrèlent négativement avec la contrôlabilité de la maladie du patient.

Ainsi, une forte perception du contrôle de l'évolution de la maladie par l'entourage dirige les patients de NSC moyen vers des stratégies passives de coping émotionnel (évasion, isolement, rétention des émotions). De telles stratégies éloignent davantage ces patients de leur problème, leur estime de soi se trouve donc affaiblie et le sentiment d'impuissance-désespoir amplifié.

Une autre dimension du LOC externe a été étudiée : il s'agit du LOC-Chance. Son effet médiateur entre le déterminant personnel (NSC) et l'ajustement psychologique des malades du cancer a été éprouvé. Comme démontré dans les recherches antérieures, le LOC-Chance est souvent associé à des problèmes d'ajustement psychologique. Selon Bruchon-Schweitzer (2002, p.240), la croyance que la chance contrôle notre maladie ou notre vie en général, *« implique des croyances relatives à des issues aléatoires, incohérentes entre elles et des événements imprévisibles. Cette dernière dimension serait probablement la plus dysfonctionnelle, car elle correspond à des renforcements totalement incontrôlables et donc un intense sentiment d'impuissance. »*. Dans le même sens, Jenkins et Patterson (1998) ont rapporté que le LOC externe (autres personnes ou forces) est généralement plus adaptatif qu'un LOC-Chance face à la séropositivité. Le LOC personnages tout puissant (ex : médecins) induit des croyances et des attentes cohérentes entre elles et des événements prévisibles, alors que le LOC-Chance (ou hasard, destin) implique des croyances relatives à des issues aléatoires, incohérentes entre elles et des événements imprévisibles. Pour leur part, Kelly, Murphy et Bahr (1993), ainsi que Spalding (1995), la croyance que le contrôle de la séropositivité peut être lié au facteur "chance" est associée à des degrés élevés de dépression et à des problèmes d'ajustement psychologique. Notre étude a abouti à un résultat analogue. Une forte perception que la chance (LOC-Chance) détermine l'évolution de la maladie cancéreuse stimule l'effet du NSC bas sur le choix du coping centré sur l'émotion. D'après ce résultat, il est clair que les patients de NSC bas, en croyant que la chance détermine leur maladie, adoptent des stratégies de coping passives et une affectivité négative (comme l'impuissance, l'isolement et le désespoir).

Speake, Cowart et Stephens (1991) ont montré que, comparativement aux personnes âgées urbaines, les âgés ruraux expriment une forte préférence pour les LOC-Chance et autres

tout puissants. Ceci peut conforter notre résultat : les patients de NSC bas sont, dans la majorité, d'origine rurale, ce qui explique probablement leur forte croyance en un LOC-Chance et par conséquent son effet défavorable sur leur ajustement. Toutefois, Ann Bettencourt, Talley, Molix, Schlegel et Westgate (2008), dans leur étude qui a porté sur la relation entre le LOC et le coping face à un cancer du sein auprès de femmes urbaines et rurales, ont trouvé que ces dernières croyaient que leur maladie est contrôlée par la chance et par d'autres tout puissants tout en manifestant des niveaux bas de dépression et élevés en satisfaction. Par contre, avec les femmes urbaines, un tel LOC est associé à une plus grande dépression et à une insatisfaction par rapport à la vie. Les résultats sur la fonctionnalité ou la dysfonctionnalité du LOC-chance diffèrent donc d'une étude à une autre. Notre étude fait état de cette différence. Nous avons ainsi trouvé qu'une forte perception que la chance (LOC-Chance) détermine le contrôle de l'évolution de la maladie cancéreuse renforce l'effet du choix du coping centré sur le problème par les malades de NSC élevé. Une hypothèse explicative, de ce que des patients, majoritairement urbains et de niveau d'étude élevé, développent la croyance que leur maladie est contrôlée par la chance, trouve ses racines dans les théories du contrôle elles-mêmes.

En effet, l'individu cherche par tous les moyens à contrôler sa situation, même s'il s'agit de simples illusions de contrôle (Langer, 1975). Les recherches sur l'illusion de contrôle ont révélé que les individus, quel que soit leur sexe, âge et niveau socio-économique, pris dans une situation de pur hasard (ex : jeu de hasard) n'hésitent pas introduire des facteurs habituels comme l'habileté, la compétence, l'entraînement, etc., ce qui fait naître chez eux une illusion de contrôle (Paquet, 2009 ; Dubois, 1987). Dès lors, le contrôle du hasard est possible. Par exemple, les sujets qui espèrent gagner à la loterie, pensent que le libre choix de leur billet représente une fine stratégie de contrôle favorisant la survenue d'un événement heureux (gagner). Dans le même sens, nous suggérons que, tout comme les sujets qui veulent gagner, les malades qui espèrent guérir semblent croire que la chance peut exercer un certain contrôle sur l'évolution d'une maladie aussi "capricieuse" que le cancer du fait qu'ils ont, habituellement, de la chance dans la vie. La chance n'est donc qu'un moyen illusoire de croyance de contrôle permettant de minimiser l'anxiété liée au fait de ne pas exercer -ou d'exercer insuffisamment- du contrôle sur la situation. Le LOC-Chance aide ainsi les malades à adopter davantage des stratégies de coping actif centré sur le problème (s'informer sur la maladie et les traitements pour mieux gérer sa situation, adhérer aux soins, établir de bonnes relations avec le médecin et les soignants, garder l'esprit de confrontation et l'espoir de guérison). D'ailleurs, l'illusion de contrôle est considérée comme une croyance positive

(Taylor et Brown, 1988 ; 1994), tout comme l'optimisme et l'aptitude à donner du sens aux événements de vie, qui semblent participer au développement d'un confort mental assez proche de la santé mentale, du moins dans la population américaine (Paquet, 2009).

Bien que nous partagions l'idée de dysfonctionnalité du LOC-chance de Bruchon-Schweitzer (2002) et de beaucoup d'autres chercheurs, nous avançons une pensée plus nuancée sur cette question. Penser que la chance est une caractéristique plus ou moins stable de sa personnalité (d'habitude, je suis chanceux), et l'approcher en tant que telle, aboutit à une différenciation entre deux construits souvent confondus : chance et hasard. Si la chance renvoie à l'illusion de contrôle, le hasard tend vraiment vers l'aléatoire et l'arbitraire. Il s'ensuit que, vu la prolifération notable des jeux de hasard et de chance dans la société tunisienne, la non-transparence et la rigidité dans la culture organisationnelle des entreprises (règlements d'embauche, recrutement, promotion professionnelle, système de récompenses et de sanctions, etc.), la croyance au contrôle des événements ou renforcements par le biais de la chance devrait être étudiée plus profondément et faire l'objet de recherches plus systématiques, auprès des jeunes, étudiants, travailleurs, chômeurs, sportifs, etc.

Il est clair que la croyance en un LOC-Chance sur l'évolution de sa maladie détermine l'ajustement psychologique des malades du cancer, même si la variance de ce LOC-Chance est très faible. Toutefois, comme l'ont montré Préau et *al.* (2005), lors de l'initiation du traitement de l'infection par la VIH, l'effet du LOC-chance sur la qualité de vie liée à la santé mentale est déterminant, mais à long terme cette croyance de contrôle par la chance s'affaiblit et la qualité de vie liée à la santé mentale se dégrade. De ce fait, il est nécessaire de ne pas laisser libre court à cette croyance au détriment d'autres facteurs, internes ou externes, qui peuvent optimiser la perception de contrôle sur les renforcements de sa vie et de sa santé en particulier.

Contrairement au LOC-médecin et LOC-Chance, qui ont des effets plus ou moins pathogènes sur l'ajustement psychologique des malades, le LOC-Dieu, malgré son externalité, semble avoir des effets bénéfiques et orienter davantage les patients de NSC élevé à être plus actifs dans leur combat contre la maladie. En effet, notre étude a révélé qu'une forte perception que Dieu (LOC-Dieu) contrôle l'évolution de la maladie renforce l'effet du NSC élevé sur le choix du coping centré sur le problème. Dans la littérature (O'Hea, Bodenlos, Moon, Grothe, et Brantley, 2009), il est montré que les patients souffrant du SIDA ont de fortes convictions en l'externalité de contrôle de leur maladie. Ces malades ont montré, à côté de la chance et autres tout-puissants, des scores élevés sur la sous-échelle "LOC-Dieu", comparativement aux malades souffrant d'un diabète de type 2. Or, différemment de notre

étude, O’Hea et *al.* (2009) pensent que cette croyance en un LOC-Dieu est spécifique aux malades de niveau socio-économique faible. Ces auteurs ajoutent qu’elle est particulièrement liée au statut socio-économique du malade plutôt qu’à son origine ou son ethnicité. Néanmoins, d’autres études (Errihani, Mrabti, Boutayeb, El Ghissassi, El Mesbahi, Hammoudi, Chergui et Riadi, 2008 ; Howsepian et Merluzzi, 2009 ; Harandy, Ghofranipour, Montazeri, Anousheh, Bazargan, Mohammadi, Ahmadi, et Niknami, 2010) ont montré que les américains (blancs, noirs, hispaniques), comme les iraniens et les marocains, avaient cette croyance de contrôle de la maladie par Dieu (x) indépendamment de leur niveau socio-économique et culturel.

Une explication culturelle est concevable pour comprendre cette incohérence apparente entre le fait d’avoir un NSC élevé et la croyance au contrôle de sa maladie par Dieu. En effet, l’islam est la religion majoritaire qui règne dans le climat socio-culturel de la société tunisienne. Cette doctrine insiste sur la "volonté de Dieu". Dès lors, naissance, vie et mort de toutes les créatures, y compris de l’homme, sont entre les mains de Dieu. Des versets du texte sacré, le coran, montrent cette croyance : « *louange donc, à celui qui détient en sa main la royauté sur toute chose ! Et c’est vers lui que vous serez ramenés.* » (Sourate 36 ; Verset 83). Néanmoins, l’islam tient les individus comme acteurs et par là responsables de leur santé et bien-être physique et psychique « [...] *En vérité, Allah ne modifie point l’état d’un peuple, tant que les individus (qui le composent) ne modifient pas ce qui est en eux-mêmes. Et Lorsqu’Allah veut (infliger) un mal à un peuple, nul ne peut le repousser : ils n’ont en dehors de lui aucun protecteur.* » (Sourate 13 ; Verset 11). Ainsi, face aux épreuves malheureuses, en l’occurrence la maladie, l’individu doit faire de son mieux pour se soigner en se remettant à Dieu car la guérison demeure une volonté divine « [...] *et quand je suis malade, c’est lui qui me guérit.* » (Sourate 26 ; Verset 80).

Dans le même sens, l’étude d’Errihani et *al.* (2008) a révélé que les patients musulmans pratiquants considèrent leur cancer comme un test divin qu’ils doivent passer avec succès. Cette croyance en un LOC-Dieu se manifeste souvent dans l’adoption de stratégies ou de rituels d’ajustement religieux, voire spirituels. En effet, religion et spiritualité sont largement étudiées dans la psychologie de la santé. Même si la différenciation entre les deux construits n’est pas établie, la spiritualité est considérée comme un concept plus large que la religion, cette dernière représentant un mode, parmi d’autres (nature, musique, art, famille), d’expression spirituelle (Vachon, 2008; Vallurupalli, Lauderdale, Balboni, Phelps, Block, Ng, Kachnic, VanderWeele et Balboni, 2012). La spiritualité renvoie à une quête personnelle du sens transcendant de la vie, de soi, de la paix, souvent exprimée en relation avec Dieu, alors

que la religion est définie comme un ensemble de croyances et de pratiques associées à une tradition religieuse particulière.

En ce sens, le cancer n'est pas considéré comme un accident de parcours mais comme une épreuve dictée par Dieu. Certains patients le considèrent comme une punition due à leur éloignement de la foi et des pratiques religieuses habituelles. D'autres, pratiquants, considèrent le cancer comme un test divin pour tester leur croyance et fidélité par rapport à Dieu (Errihani et al. 2008) « *Est-ce que les gens s'imaginent qu'on les laissera dire : « Nous croyons » sans les éprouver? »* (Sourate 29 ; Verset 2). La maladie est aussi une chance précieuse de pardon, selon le Hadith⁵ du prophète Mohammed : « *Tout mal qui atteint le musulman, s'agit-il d'une lassitude, d'une maladie ou d'une angoisse, même d'une piqûre d'épine, lui vaut de la part de Dieu une rémission de ses péchés.* » (Sahih al-Bukhari⁶).

En accord avec le constat d'Errihani et al. (2008), face à un diagnostic de cancer, les musulmans, pratiquants ou non, recourent à la religion pour faire face à la maladie. Nos participants non pratiquants ont déclaré avoir comme un "éveil religieux" et ont commencé à exercer des pratiques religieuses, et les pratiquants les ont redoublées. Dans une étude récente, Cannon, Darrington, Reed, et Loberiza (2011), ont montré que les survivants du cancer possédant des niveaux plus élevés de religion et de spiritualité ont moins de craintes concernant la récurrence ou la progression de la maladie, le développement de complications liées au traitement et le développement de nouveaux cancers.

La religiosité est généralement liée à un style actif ou passif dans le processus de résolution de problème (Harandy et al., 2010). Pargament, Kennell, Hathaway, Grevengoed, Newman et Jones (1988) ont identifié trois types d'ajustements religieux au cancer. Le type "Collaboratif" de résolution de problème impliquant l'échange entre Dieu et l'individu actif. Le type "auto-dirigeant" soulignant la liberté que Dieu donne à l'individu pour diriger sa propre vie. Enfin le style "reporté à Dieu" ou Dieu fournit des solutions aux problèmes de l'individu qui n'est pas en mesure de les résoudre. Différemment de ce que Errihani et al. (2008) ont trouvé, les patients tunisiens ont affiché un style collaboratif. Ils ont exprimé leur implication et responsabilité, partagée avec Dieu, dans l'affrontement de leur maladie, en se conformant, par exemple, aux traitements médicaux. Ils ont, de même, exprimé fortement leur croyance et confiance en Dieu mais aussi en leur médecin traitant (Daugherty, Fitchett,

⁵ - Le "hadith" est dans la religion islamique, recueil des actes et paroles du prophète Mohammed et de ses compagnons, à propos de commentaires du Coran ou de règles de conduite. Les hadiths, dont l'ensemble constitue la sunna, représentent le second fondement du dogme de l'islam.

⁶ - L'un des six grands recueils de hadiths. La plupart des musulmans sunnites le considèrent comme le livre le plus authentique après le Coran et comme l'une des trois sources de hadith les plus fiables avant le "*Sahih Muslim*" et "*Al-Muwatta*" de l'Imam Malik.

Murphy, Peterman, Banik, Hlubocky et Tartaro, 2005). D'ailleurs, selon Harandy et *al.* (2010), malgré un locus de causalité et un locus de contrôle-Dieu, les musulmans s'engagent activement dans leur traitement médical. De même pour les participants qui, majoritairement, disent : « *Bien que la guérison est aux mains du Bon Dieu, je viens régulièrement voir mon médecin et avoir mon traitement.* »

Le résultat de cette étude, ainsi que d'autres précédentes, contredit ce que certains chercheurs ont mis en évidence auprès des malades occidentaux (Harandy et *al.* 2010 ; Daaleman, Williams, Hamilton et Zimmerman, 2008 ; Errihani et *al.* 2008). Ainsi, le LOC externe lié au Dieu ne conduit pas systématiquement au développement d'attitudes passives envers le contrôle de l'évolution de la maladie et des traitements. Un LOC-Dieu chez les patients musulmans encourage l'adoption de stratégies d'ajustement actives et ce même chez ceux ayant les connaissances suffisantes sur le cancer et un accès facile aux traitements et aux soins médicaux. La religiosité, qu'elle soit foi, attitudes ou pratiques, rassure psychologiquement les malades du cancer (Harandy et *al.* 2010 ; Howsepien et Merluzzi, 2009 ; Vachon, 2008). La religiosité oriente davantage le malade à adopter des stratégies centrées sur le problème, comme l'engagement dans une conduite plus saine (réfléchir sur le sens de la maladie et changer positivement, abandonner le tabac et l'alcool, exercer une activité physique même en pratiquant les cinq prières, participer à des activités communautaire ou associative en rapport ou non avec la maladie). Certains des participants, comme ceux interviewés dans l'étude d'Errihani et *al.* (2008), ont même commencé à lutter contre leur analphabétisme afin de pouvoir lire le coran et faire certaines invocations à Dieu.

Le contrôle et l'ajustement religieux ont plusieurs manifestations comme la prière, la fréquentation des lieux de culte (mosquées, églises), les pèlerinages, les dons aux pauvres. D'après Wachholtz et Sambamoorthi (2011) la prière est, à titre d'exemple, la pratique la plus fréquemment utilisée par les américains. Près de 70 % des survivants de cancer ont signalé avoir prié Dieu pour leur santé. Il ressort des études (Wachholtz et Sambamoorthi, 2011) que les malades, de diagnostics différents, recourent à la prière quelles que soient leurs caractéristiques démographiques et leur ethnicité. Cette pratique religieuse est un remède à la douleur pour les patients souffrant d'arthrite rhumatoïde, elle aide à la diminution de la dépression, à une meilleure acceptation de la maladie et à un bien-être psychologique (Rippentrop, 2005).

La croyance de contrôle de sa maladie et la religiosité semblent, parfois, ne pas être liées directement à l'ajustement du malade et peuvent fonctionner par le biais d'autres variables comme le SEP et la perception du soutien. Certaines études (Howsepien et Merluzzi

(2009) ont révélé un lien fort entre la croyance en Dieu et le SEP face à la maladie : une forte croyance qu'avec l'aide de Dieu tous les problèmes peuvent être résolus, favorise le sentiment d'efficacité du patient à faire face aux problèmes liés à sa maladie et par conséquent à mieux s'ajuster. Une autre idée explique l'effet protecteur et bénéfique de la religiosité dans le coping du malade : le patient peut percevoir un certain soutien en pratiquant et partageant sa religion en groupe ou en communauté (Howsepian et Merluzzi, 2009 ; Lakey et Cassady, 1990). Dans la culture tunisienne, arabo-musulmane, il arrive souvent que l'Imam⁷ de la mosquée fréquentée par la personne malade procède à une collecte de dons financiers pour aider ce dernier à affronter les frais des soins, médicaments, hospitalisation, etc. Mais le soutien de la communauté de croyants peut être aussi, et le plus souvent, spirituel. Il s'agit de prier et de supplier Dieu, ensemble et en très grand nombre de croyants, à un moment précis et précieux comme le préconise l'islam, souvent le jour de la grande prière (chaque vendredi), afin d'aider la personne malade dans son épreuve, de la soulager de ses douleurs et de la guérir.

Généralement, selon Stefanek, McDonald et Hess (2005) on ne peut pas conclure sur l'effet de la religion et de la spiritualité sur la maladie, l'ajustement et la qualité de vie chez les malades du cancer. On ne peut toujours pas, par exemple, conclure sur l'effet protecteur de la prière sur la santé puisque les résultats des études restent toujours divergents (Vallurupalli, Lauderdale, Balboni, Phelps, Block, Ng, Kachnic, VanderWeele et Balboni, 2012 ; Wachholtz et Sambamoorthi, 2011 ; Exline, Park, Smyth, et Carey, 2011 ; Simon, Crowther et Higginson, 2007 ; Koenig, 2004 ; Wallston, Malcarne, Flores, Hansdottir, Smith, Stein, Weismant et Clements, 1999). D'après Ripentrop (2005) les degrés de religiosité/spiritualité sont fluctuants selon que les douleurs des patients chroniques se trouvent réduites ou accentuées lors de la pratique de la prière. En cas de détérioration de son état de santé, en dépit de sa religiosité, l'individu peut ressentir une colère envers Dieu. Cette colère a, à son tour, de mauvaises répercussions sur l'ajustement psychologique du malade (Exline, Park, Smyth et Carey, 2011). Mais pour certains, si la religion ne peut pas guérir, elle soulage en leur promettant le paradis après la mort (Errihani et *al.*, 2008).

Cette dernière idée se réfère à la représentation socio-culturelle, ancrée dans la religion, de la maladie et de sa cause en tant que l'expression de la volonté de Dieu ; c'est la maladie "destin". Ceci nous mène à l'idée, que nous soutenons en une certaine mesure, selon laquelle la religion favorise le développement de la croyance en un monde juste (Rubin et Peplau,

⁷ - L'Imam est la personne qui dirige la prière commune des fidèles dans une mosquée.

1975 ; Sorrentino et Hardy, 1970). Les résultats portant sur le rôle déterminant de la CMJ dans l'ajustement psychologique des malades seront discutés ultérieurement. Dans ce qui suit, nous discutons le rôle du SSP dans la médiation de l'effet des variables indépendantes (personnelles, médicales et environnementales) sur la variable dépendante (le coping du malade).

En guise de conclusion, force est de reconnaître que pour faire face à un problème de santé pénible, le recours à différents lieux de contrôle est incontestable. En outre, la catégorisation interne/externe s'avère loin d'être exclusive et l'idée que les internes semblent mieux ajustés que les externes n'est pas évidente. Dès lors, nous croyons que le meilleur ajustement est celui qui tient compte de la perception du contrôle interne tout en faisant la part d'autres sources externes. D'ailleurs, les infirmiers ont eu recours à une variété de LOC et avec des pourcentages qui sont proches de ceux enregistrés auprès des patients. Il est probable que ce rapprochement soit le résultat de l'effet du *modeling* que peut avoir les infirmiers sur leurs patients.

3.4. Effets des déterminants personnels et médicaux sur le choix du coping médiatisé par la satisfaction par rapport au soutien social perçu (SSP)

Dans de nombreuses études, le SSP représente un médiateur potentiel de l'effet de plusieurs déterminants sur l'ajustement psychologique du malade de cancer. Dans la présente étude, lorsque le malade est satisfait/insatisfait par rapport au SSP, le choix du mode de coping dépend principalement du NSC du malade et de son âge.

Il ressort de notre étude que la satisfaction par rapport au SSP (c'est-à-dire par rapport aux soutiens émotionnel, informationnel et d'estime de soi perçus) pousse les malades de NSC bas à ne plus choisir les stratégies de coping centré sur l'émotion. Nous supposons que la satisfaction par rapport au SSP rend les malades de NSC bas moins en détresse en étant écoutés, compris et réconfortés par leurs familles, amis et collègues de travail. Selon Fisher (1997, p. 286) « *le soutien social joue un rôle d'amortisseur en protégeant l'individu contre les aspects éprouvants de la situation.* ». Les malades développent ainsi une meilleure confiance en eux et en leurs capacités à s'engager plus activement dans le contrôle de l'évolution de la maladie, ce qui conduit à un meilleur ajustement à leur situation (Kim, Yeob Han, Shaw, Mctavish et Gustafson, 2010). D'ailleurs, la satisfaction par rapport au soutien émotionnel en particulier, a partiellement stimulé chez ces malades le choix du coping centré sur le problème.

Pour ce qui est des malades de NSC élevé, cette recherche a abouti à deux résultats. Premièrement, la satisfaction par rapport aux soutiens émotionnel et informationnel perçus pousse le groupe de ces malades à ne plus choisir les stratégies de coping centré sur le problème. Plusieurs hypothèses sont susceptibles d'expliquer ces résultats.

Dans une société collective, comme la société tunisienne, où règnent des valeurs comme la solidarité, le soutien, la cohésion familiale, l'expérience de la maladie (et surtout du cancer) prend une ampleur sociale importante. Dès lors la famille, bouleversée par l'événement, se soude autour du malade et partage avec lui ses moments forts (diagnostic, pronostic, traitements, angoisse, souffrance, espoir : Pélicier, 1995). Mais il semble alors qu'un soutien émotionnel intensif qui vient d'une famille souvent élargie et trop impliquée dans l'expérience du patient fait diminuer chez ce dernier son estime de soi et son sentiment d'efficacité personnelle (Devault et Fréchette, 2002). Les malades ressentent davantage qu'ils sont vulnérables, inaptes à résoudre ou à gérer leur problème individuellement, surtout lorsqu'il s'agit de malades ayant un NSC élevé et un fort LOC interne. Tousignant (1988, p.81) confirme hypothèse explicative de la négligence du recours au coping centré sur le problème en disant que : « *un soutien affectif trop prononcé risque de paralyser pour entreprendre une action et même diminuer les systèmes de défense face à la maladie.* ». En outre, et d'après l'analyse descriptive des résultats de la présente étude, la famille, les amis et les collègues de travail sont les sources principales du soutien émotionnel et informationnel perçus qui sont donc de nature spontanée. Conseils, jugements, critiques, sentiments d'ambivalence, informations floues, erronées, communication paradoxale et parfois conflictuelle, etc. sont des modes répandus d'expression informels du soutien émotionnel et informationnel. De tels modes ne font qu'aggraver le sentiment de perte d'autonomie et d'indépendance chez un malade (Caron et Guay, 2005) qui est déjà en état de deuil pour avoir perdu son statut de bien portant, son schéma corporel, son image de soi. Tout essai de contrôle actif est ainsi inhibé et le malade peut se remettre à sa détresse voire sa colère.

Deuxièmement, si la médiation de la satisfaction des malades de NSC élevé par rapport au SSP émotionnel et informationnel est totale, elle est partielle avec le soutien matériel et celui d'estime de soi. Il ressort que la satisfaction par rapport à ces deux derniers types de soutien réduit le recours des malades de NSC élevé aux choix des stratégies de coping centré sur le problème. Nous pensons que les raisons explicatives sont les mêmes que celles avancées précédemment : un soutien non professionnel qui émane d'un entourage trop impliqué, surprotecteur voire étouffant, fait détourner, dans une certaine mesure, le malade de son vrai problème au lieu d'y faire face.

Enfin, selon cette étude et en concordance avec ce qui a été avancé dans les recherches (Lakey et Orehek, 2011) il arrive que le soutien procuré et celui perçu ne soient pas fortement corrélés. Ce sujet, nous n'avons pas trouvé de relation significative entre la satisfaction des malades et le soutien informationnel ou matériel offert par les soignants (médecins et infirmiers). Autrement dit, ces deux types de soutien procurés par les soignants n'ont pas d'effet sur la satisfaction des malades. Dans la présente étude, il est probable que l'effectif réduit des infirmiers enquêtés (25 sujets) explique cette non significativité. A notre avis, quelle que soit l'explication de cette non significativité, la disponibilité du personnel soignant ne suffit pas et le soutien offert doit répondre et satisfaire les attentes du patient. Un soutien fondé sur le soin, l'empathie et le dialogue devrait aider le patient à redonner sens et cohérence à cette épreuve de maladie (Stiefel, Rousselle, Guex et Bernard, 2007).

Au regard de ces résultats, nous pouvons conclure que les soutiens émotionnel et informationnel représentent les deux types de SSP qui ont l'effet le plus déterminant dans le choix du mode de coping chez les malades du cancer. Ce résultat conforte l'idée (Caron et Guay, 2005) que la personne, face à une maladie assez grave et difficilement contrôlable, manifeste un besoin élevé de soutien social pour mieux contrôler sa situation. Le soutien le plus recherché, à côté de celui informationnel, est le soutien émotionnel (sentiment d'être aimé, réconforté, écouté).

Pour conclure sur la médiation du SSP de l'effet du NSC sur le choix du coping, nous avons trouvé que la satisfaction par rapport au soutien d'estime de soi stimule, cette fois, le choix du coping centré sur le problème chez les malades de NSC moyen. Se sentir utile, se sentir valorisé en soi-même ainsi qu'en ses compétences, grâce au soutien d'autrui, alimente la perception de contrôle chez ces malades et les poussent à s'orienter activement vers la résolution de leur problème.

L'effet de l'âge sur le choix du coping médiatisé par le SSP a abouti, chez les plus jeunes (< à 45 ans), à ne plus opter pour le coping orienté vers le problème du fait de leur satisfaction par rapport au soutien informationnel, d'estime de soi et matériel. Ces malades sont ainsi passifs dans leur ajustement psychologique au cancer. On peut alors supposer que ces malades veulent s'en remettre à leurs propres ressources plutôt qu'à celles de leur réseau social pour contrôler et s'ajuster face à la maladie. Cette dernière idée est déjà confirmée par Franks et Roesch (2006). Selon ces auteurs, les plus jeunes des malades du cancer adoptent un coping actif du fait qu'ils perçoivent leur atteinte comme un défi à relever. D'après Devault et Fréchette (2002, p15) « *une estime de soi élevée, un noyau de contrôle interne (LOC interne), un besoin marqué pour la réussite personnelle et le fait d'attribuer le besoin d'aide à ses*

propres déficits en pensant que l'on devrait solutionner le problème seul, sont négativement associés à la volonté d'avoir recours aux gens de l'entourage pour obtenir de l'aide. ». Dans la même veine, il est probable aussi que ces sujets expriment un besoin élevé du soutien des professionnels. Selon la littérature (Devault et Fréchette, 2002), les plus jeunes (moins de 45 ans), les femmes, les plus éduqués, les personnes séparées ou divorcées et les gens qui n'adhèrent à aucune religion sont ceux qui font davantage appel à des services en santé mentale.

D'après Janoff-Bulman's (1992) la différence entre ceux qui survivent et ceux qui ne survivent pas face à un événement traumatisant réside dans la manière de percevoir l'événement et les modes de coping adoptés.

4. Représentation de la maladie de cancer et ajustement psychologique

La perception ou non de contrôle peut dépendre de la représentation que le patient a de sa maladie. Il s'agit souvent de représentation "profane" produite par le malade *versus* par la représentation "savante" (biomédicale) du médecin. Les représentations profanes sont construites au sein de la pensée sociale et culturelle (Morin, 2001). Elles peuvent être réparties en plusieurs composantes : surtout la dénomination, le sens et les causes donnés à la maladie, mais aussi les symptômes, la temporalité, les conséquences, la thérapie et les traitements convenables (Pucheu et *al.* 2005 ; Morin, 1996 ; Pedinielli, 1996). Deux représentations ont été intensément évoquées par nos malades : le cancer est synonyme de mort et le cancer est une maladie effrayante. Considéré comme incurable, le cancer incarne toujours l'idée de mort, de "la mauvaise mort" car lente, inéluctable, dégradante, mutilante, invalidante, douloureuse et solitaire (Moulin, 2005). Le cancer effraye parce qu'il s'agit d'une maladie grave, destructrice, envahissante, sournoise qui se développe et se redéveloppe silencieusement. Avec de telles représentations, le malade peut développer de faibles croyances de contrôle, voire un sentiment d'impuissance entravant le processus d'ajustement psychologique.

En outre, la pathologie cancéreuse est souvent désignée par un substitut (kyste, nodule, bosse, verrue, ganglion) ou par un terme plus spécifique (tumeur, maladie maligne). Le recours au mot "cancer" reste faible chez les patients comparativement aux proches. Pour d'autres, malades ou proches, il s'agit toujours de la maladie qu'on ne nomme pas. L'utilisation d'euphémisme est fréquente même dans les médias où l'on entend souvent : « ... *Mort des suites d'une longue et douloureuse maladie* ».

Certaines représentations profanes sont plus protectrices, surtout lorsqu'elles ne s'opposent pas à la représentation savante. La jonction entre les deux types de représentations semble intéressante et féconde si elle est échangée lors de la relation soignant-soigné (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Pedinielli, 1996). Enfin, une représentation est une construction progressive. Chez certains patients, voire dans certaines cultures, le cancer n'est plus synonyme de mort mais est conçue comme une pathologie chronique, plus ou moins guérissable. Elle est aussi une maladie en voie de normalisation, c'est-à-dire que l'on nomme de plus en plus dans les conversations quotidiennes (Moulin, 2005).

Enfin, pour un meilleur contrôle et un meilleur ajustement psychologique, c'est non seulement la représentation de la maladie qui devrait changer mais aussi celle portée sur le malade lui-même. Le malade devient aux yeux du médecin, encourageant et empathique, un partenaire actif, plus ou moins autonome, dans un projet de soin plus humaniste et plus efficace (Banovic et al. 2009 ; Moulin, 2005).

5. CMJ et maladie de cancer

Il résulte de l'analyse des données des entretiens que les patients tunisiens musulmans (sauf un seul malade qui a déclaré son athéisme) ont une moyenne de croyance en un monde juste plus forte ($m=1,82$) que celle ($m=0,68$) des patients croyants en un monde injuste (CMI). Ces patients ont expliqué l'acceptation de leur maladie par docilité à "Dieu-le tout puissant". D'autres ont accepté et sont simplement satisfaits parce que Dieu-l'omniscient sait quoi faire et d'ailleurs, comme indiqué dans le coran : « *Mais il se peut que vous détestiez une chose alors qu'elle est bonne pour vous, et il se peut que vous aimiez une chose alors qu'elle est mauvaise pour vous. Dieu sait, tandis que vous ne savez pas.* » (Sourate 2 ; Verset 216). D'autres malades sont contents. Selon eux, ils sont élus par Dieu pour tester leur foi et leur fidélité et ils seront récompensés à la fin (Harandy et al. 2010 ; Errihani et al. 2008). L'acceptation de la souffrance, voire le contentement vis-à-vis d'une maladie potentiellement mortelle trouve toujours son pivot dans le coran « [...] *mais ce privilège n'est donné qu'à ceux qui sont patients et à ceux qui ont reçu une grâce immense.* » (Sourate 41 ; Verset 35). La justice divine est bien là donc et si Dieu éprouve ses fidèles, les meilleurs d'ailleurs, ce n'est que pour les récompenser dans l'au-delà. Dès lors, la maladie n'est plus redoutée, et la souffrance sera, un jour, récompensée.

Cependant, certains participants, croyants tout de même, pensent que le monde est injuste de les rendre victimes d'une maladie aussi terrible ou parce qu'ils sont encore jeunes, célibataires et de bonne conduite, ne méritant pas ainsi leur sort.

Enfin, nous avons décelée chez une minorité de patients une certaine ambivalence : ils ont exprimé, conjointement, leur CMJ et l'acceptation de la justice divine mais aussi une CMI en raison de la gravité de la maladie et du fait d'être vertueux. Vu cette variabilité dans les résultats, en l'occurrence les deux derniers, il semble que la relation entre la religion et la CMJ est loin d'être systématique. Concernant le fait que certains des patients ont exprimé, à la fois, leur croyance en un monde juste et injuste, deux hypothèses explicatives semblent être plausibles : une est de nature religieuse, l'autre est socio-cognitive. Il est probable que l'ambivalence de certains malades entre un monde juste/injuste soit le résultat d'une conviction et d'un engagement religieux. Il apparaît injuste de souffrir mais on doit aussi croire en la justice de Dieu à plus ou moins long terme. Dans ce sens, les patients différencient entre le monde physique et social dans lequel ils vivent et l'au-delà. Le premier est un monde injuste et il y règne stress, pauvreté, pollution, calamités, etc. qui peuvent, d'ailleurs, être cause de la souffrance, de la maladie. En revanche, le deuxième est un monde juste de bonheur et de quiétude, où l'ordre des choses se rétablit grâce à la justice divine. Il est probable aussi que dans une culture arabo-musulmane où la croyance et la foi religieuse sont valorisées et sacrées, l'individu affiche, malgré sa souffrance, dans un objectif d'approbation sociale, sa croyance en la justice de Dieu et du monde qui le gouverne. Autrement dit, s'agit-il de deux niveaux de traitement cognitif de l'injustice (rationnel-conscient et irrationnel-préconscient) qui opèrent ensemble ? L'individu peut être réticent dans l'expression de sa croyance de justice comme d'injustice du fait de sa culture d'appartenance, religion, niveau d'instruction, nature de l'évènement injuste qu'il vit, etc.

6. Effet du NSC sur le choix du coping modéré par la causalité perçue

Dans le contexte de maladies graves, les attributions causales peuvent déterminer certaines motivations, cognitions et comportements de l'individu et par conséquent son ajustement psychologique (Roesch et Weiner, 2001 ; Bruchon-Schweitzer, 2002). Le test de l'effet modérateur de la causalité perçue de la maladie par les patients est significatif. Il ressort que les patients de NSC élevé choisissent davantage les stratégies de coping centré sur le problème en attribuant leur maladie au stress lié à l'environnement et au mode de vie moderne. Ce résultat corrobore celui de Pucheu, Consoli, Landi et Lecomte (2005) attestant que plus le niveau d'études (un des indicateur du NSC) est élevé plus les patients du cancer ont le sentiment de contrôler leur maladie et les traitements. Ce lien est expliqué selon ces auteurs par l'attribution perçue de la maladie (moins attribuée au hasard et à la fatalité).

A l'opposé, les sujets qui attribuent à une cause interne et se croient responsables de leur maladie sont plus anxieux. Ceci semble cohérent avec le modèle de l'impuissance apprise de Seligman (1975) selon lequel « *la croyance que les événements négatifs dépendent de soi engendre la passivité, la dépression et l'anxiété.* » (Trzepizur, 2008, p.82). Au contraire, il s'avère qu'une attribution externe et non culpabilisante contribue à mieux accepter et à mieux se confronter à une malheureuse expérience comme le cancer. D'ailleurs, d'après notre analyse descriptive, plus que la moitié des patients interviewés ne se sentent pas responsables de la survenue de leur maladie. Ceci peut être expliqué par un profond besoin de ne pas sentir coupable.

En conclusion, bien que l'effet protecteur du CP ne soit pas systématique, il est capital de retenir qu'un fort degré d'optimisme, de SEP, un LOC partagé, la satisfaction par rapport au SSP, ... peuvent contribuer à un meilleur contrôle de l'évolution de la maladie et de l'état de santé en général. L'essentiel est d'avoir le désir et le sentiment de maîtrise qui aident à déployer des stratégies de coping actif et à faire ainsi sortir le patient de sa position de victime.

CONCLUSION GENERALE

Notre objectif était d'étudier l'expérience de la maladie en tant que réalité psycho-socio-cognitive. La principale problématique était la recherche de la causalité perçue de la pathologie cancéreuse chez des patients tunisiens ainsi que l'analyse de leur perception de contrôle sur son évolution en vue d'un ajustement psychologique subséquent. Nous avons pu montrer que les patients tunisiens, nord-africains et appartenant à une culture arabo-musulmane, comme leurs congénères européens ou américains, infèrent de multiples causes et de natures différentes pour expliquer un même fait.

Cette étude a révélé que la perception de contrôle de l'évolution de la maladie est fonction de divers facteurs dispositionnels (optimisme, LOC, SEP, SSP). A travers une analyse qualitative, nous avons pu identifier et approfondir les caractéristiques de chaque facteur. L'analyse thématique du corpus des entretiens menés auprès de 56 patients a permis de mettre en évidence l'émergence, par exemple, de l'optimisme/pessimisme réaliste (rarement décrit dans la littérature), du LOC-interne centré sur la personne du malade, du refus du soutien social perçu comme menaçant, ou encore du coping religieux.

Une abondante littérature marquant les trois dernières décennies a porté sur la CMJ et son lien avec le christianisme ou le judaïsme. Mais à notre connaissance, aucune étude en Tunisie ou ailleurs dans le monde oriental n'a porté ni sur le concept ni sur sa relation avec l'islam. Par le biais du présent travail, pionnier dans la réponse à cette question, une attention particulière est accordée à l'ancrage culturel, particulièrement religieux, de la CMJ chez des patients appartenant à une culture arabo-musulmane et majoritairement croyants et pratiquants. La matière obtenue est d'une richesse qui incite le chercheur à engager davantage de réflexions sur ce sujet.

A travers une analyse quantitative, nous avons montré l'effet indéniable de plusieurs modulateurs potentiels de l'ajustement psychologique des patients souffrant de cancer du sein ou colorectal. A l'instar de beaucoup d'études antérieures, l'effet fragilisant du pessimisme est bien avéré. Avec ce pessimisme, le choix du coping émotionnel, qui se manifeste par des sentiments de détresse et d'impuissance, devient quasi systématique pour les malades de NSC bas. Nous avons retenu aussi qu'un fort SEP renforce l'ajustement actif chez les malades de NSC élevé et le stimule chez les patientes souffrant de cancer du sein. En outre, un LOC-externe n'est pas toujours nocif. L'effet du NSC élevé sur le choix du coping centré sur le

problème s'amplifie avec la médiation partielle d'une forte perception que le médecin (LOC-Médecin) contrôle l'évolution de la maladie. Le LOC-Dieu, pour sa part, oriente davantage les patients de NSC élevé à être plus actifs dans leur combat contre la maladie. Enfin, l'attribution de son cancer au stress lié à l'environnement et au mode de vie moderne semble être non culpabilisante et aide les malades de NSC élevé à accepter et à se confronter à l'atteinte et à ses lourds traitements. Un autre aspect intéressant dans cette recherche est la convergence et la complémentarité des résultats obtenus des deux analyses : quantitatives et qualitatives.

Enfin, l'application du modèle intégratif et explicatif (Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994) à l'ajustement psychologique des malades cancéreux tunisiens représente, malgré certaines limites, un atout de taille pour cette étude. Nous avons en effet intégré à ce modèle de nouvelles composantes personnelles (coping religieux, attributions causales et sentiment de responsabilité) et environnementales (causalité perçue par les proches, contrôle perçu et stratégies de coping des infirmiers) souvent omises. En outre, nous avons modifié l'emplacement des facteurs dans une structure complexe afin qu'ils soient de niveaux d'influence différents (effets directs, indirects ou d'interaction) selon les besoins de l'étude. Notre intérêt majeur, à travers un modèle multidimensionnel et interactif, était la compréhension de l'expérience de la maladie telle qu'elle est vécue et partagée dans ses aspects psychologiques, socio-cognitifs et culturels.

En dépit de ces intérêts, la présente recherche admet certaines limites. Ainsi, nous n'avons pas examiné les aspects psychopathologiques de la maladie cancéreuse. Détresse psychologique, anxiété, hostilité et dépression sont souvent présentes dans un diagnostic cancer et peuvent biaiser les réponses des participants, et par conséquent les résultats de l'étude.

Bien qu'orientés, dans leur majorité, par des développements théoriques, certains des facteurs explicatifs que nous avons choisis peuvent manquer de pertinence compte tenu des restrictions du terrain. Ceci a abouti à quelques difficultés d'analyse statistique, telle que la mesure de l'effet du contrôle perçu et du coping des infirmiers, en tant que déterminants environnementaux, sur l'ajustement des patients. En outre, le recours à l'entretien semi-directif auprès d'un effectif limité de patients, dans l'étude de la CMJ, a conduit à des corrélations non significatives entre cette croyance et certaines autres variables (LOC, SEP, optimisme).

Une autre limite renvoie à notre modélisation théorique. En effet, nous nous sommes arrêtés, au niveau des issues, à l'ajustement psychologique (élaboration de stratégies de

coping pour faire face à la maladie et aux traitements) et non pas à des issues psychologiques et somatiques plus avancées de type qualité de vie, rémission ou récurrence. Ceci est expliqué par le caractère transversal de cette recherche. Toutefois, l'étude du rôle modulateur potentiel du coping des malades sur l'état de santé ultérieur des malades nous semble d'une véritable utilité dans la compréhension d'une maladie chronique et évolutive comme le cancer. En outre, nous nous sommes limités à l'étude de l'effet séparé de chaque variable alors que dans la réalité les facteurs sont en interaction les uns avec les autres et agissent simultanément. Dans de futurs travaux, il sera intéressant, de réduire le nombre de variables et d'étudier leur effet synergique.

Dans le même sens, le contexte subjectif (variables dispositionnelles, perception, évaluation) qui est au centre du modèle théorique, et non le contexte tel qu'il est réellement, rend l'évaluation spécifique et transitoire. A titre d'exemple, la confrontation à une pathologie chronique et à d'éventuelles récurrences fait que le contrôle interne des patients s'estompe avec le temps et que l'externalité gagne du terrain (Marks et *al.* 1986). Par conséquent les résultats obtenus dans ce travail restent relatifs à un échantillon de patients cancéreux tunisiens pris dans une situation bien particulière. Cette idée renvoie d'ailleurs au principe fonctionnel du modèle sur lequel s'appuie cette étude. Selon ce modèle et à l'intérieur des transactions entre l'individu et son environnement, le processus d'ajustement change suite à des évaluations et des réévaluations consécutives à des effets rétroactifs.

A son terme, ce travail ouvre des voies futures de recherche. Sur le plan théorique, les résultats auxquels nous sommes parvenus conduisent à de nouvelles réflexions sur la santé et la maladie. Il est pertinent de porter le regard sur le LOC-médecin et sur sa fonctionnalité dans sa relation avec la notion d'observance thérapeutique et celle d'obéissance. Les aspects négatifs du soutien social concernant son contenu (jugements, critiques, communication paradoxale, conflictuelle) ou ses sources (entourage étouffant, soignants infantilisants) devraient être aussi étudiés en profondeur. L'objectif demeure le développement de compétences transversales en matière de communication et de relation d'aide dans le domaine de la santé (voire dépassant la santé). Ainsi, un soutien procuré peut répondre adéquatement aux attentes des patients ou de toute autre personne en état de vulnérabilité et réclamant l'aide d'autrui.

Sur le plan méthodologique, il nous semble pertinent d'engager une recherche quantitative confirmatoire et non seulement une étude exploratoire et descriptive comme dans la présente étude. Cela permettrait une modélisation et des mesures plus rigoureuses, aboutissant à des résultats généralisables. Ainsi, le recours à un modèle d'analyse avancé

comme le modèle d'analyses d'équations structurelles sous LISREL, offre la possibilité de réaliser une adaptation transculturelle des outils de mesure, en particulier la *Ways of Coping Checklist*, à un environnement culturel arabo-musulman, tunisien en l'occurrence. Un tel outil serait d'une grande utilité dans la réalisation de recherches portant sur l'ajustement psychologique des malades tunisiens ainsi que dans la conception et la mise en œuvre de programmes de formation pour le corps médical et paramédical en vue d'une prise en charge holistique et adaptée.

L'intérêt fondamental et appliqué des outils du socio-cognitivism (attributions causales, SEP, LOC, perception, évaluation, coping, etc.) a été démontré et prouvé il y a une vingtaine d'années dans le monde occidental. Pour ce qui est du monde arabe, si la recherche académique pour ce paradigme a connu certains développements, ses contributions pratiques sont encore en phase embryonnaire. Ainsi, à partir de l'attention particulière que nous avons portée à ces concepts et dans une visée pratique, la présente thèse et les travaux ultérieurs que nous suggérons, constituent une matière qui peut orienter la conception et la mise en place de programmes de formation, de gestion et de développement de ressources humaines plus professionnelles dans le cadre de la promotion du système de santé tunisien. Ces programmes peuvent miser sur des thèmes liés intimement à la compréhension et à l'ajustement à l'expérience de la maladie tels que : la représentation de la maladie, l'internalité/externalité dans l'activité attributionnelle, les croyances, la perception de contrôle, la religiosité/spiritualité, les stratégies de coping, etc. Dans la même ligne, étant donné le grand retard dans le champ de la prévention et de la pratique du dépistage dénoncé en Tunisie, des programmes allant de la simple sensibilisation à l'éducation et au développement personnel pour les patients et les bien-portants sont aussi envisageables.

Enfin, en s'inscrivant dans une perspective appliquée interventionniste et comportementale, il nous semble fondamental de généraliser les apports du socio-cognitivism avec ses outils cités ci-dessus et les liens qui les régissent. Cette généralisation peut recouvrir d'autres domaines tels que l'éducation et l'enfance, l'enseignement, le sport tout comme le travail et la politique. Pour ces raisons, la création, sous la tutelle de structures étatiques, d'un Institut d'Etudes et de Recherches Sociocognitives semble un projet inédit et stratégique promoteur.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdel-Khalek, A.M. (2006). Happiness, health, and religiosity: significant relations. *Mental Health, Religion and Culture*, 9 (1), 85-97.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., et Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in Humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (1), 49-74.
- Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*, Paris : PUF.
- Agrawal, M., et Dalal, A.K. (1993). Beliefs about the world and recovery from myocardial infarction. *The Journal of Social Psychology*, 133 (3), 385-394.
- Akin, S., Can, G., Durna, Z., et Aydiner, A. (2008). The quality of life and self-efficacy of turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 449-456.
- Alaphilippe, D., Bernard, C., et Otton, S. (1997). Estime de soi, locus de contrôle et exclusion. *Bulletin de Psychologie*, tome L-n° 429, 331-338.
- Antoine, P., Quandalle, S., et Christophe, V (2010). Vivre avec un proche malade: évaluation des dimensions positive et négative de l'expérience des aidants naturels. *Annales Médico-Psychologiques*, 168 (4), 273.
- Apostolidis, T., Dany, L. (2012). Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : le regard des représentations sociales. *Psychologie Française*, 57, 67-81.
- Arfaoui Toumi, A., Kriaa Ben Mahmoud, L., Khiari, M., Lahmer, A., Gharbi, L., Dhraïef, M., Khalfallah, T., Regaya Mzabi, S., et Bouraoui, S. (2010). Étude épidémiologique, anatomopathologique et évaluation des facteurs pronostiques des adénocarcinomes colorectaux mucineux vs non mucineux : A propos d'une série de 196 patients). *La Tunisie Médicale*, 88 (01), 12-17.
- Aujoulat, I., Marcolongo, R., Bonadiman, L., et Deccache, A. (2008). Reconsidering patient empowerment in chronic illness: A critique of models of self-efficacy and bodily control. *Social Science and Medicine*, 66, 1228-1239.
- Baggio, S. (2006). *Psychologie sociale*, Bruxelles : De Boeck.
- Baker, T.A., Buchanan, N.T., et Corson, N. (2008). Factors influencing chronic pain intensity in older black women: examining depression, locus of control and physical health. *Journal of Women's Health*, 17 (5), 869-878.
- Bambara, J.K., Turner, A.P., et Williams, R.M. (2011). Perceived social support and depression among veterans with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 33 (1), 1-8.
- Bandura, A. (1986). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28 (2), 117-148.
- Bandura, A., Ciofi, C., Taylor, B., et Brouillard, E. (1988). Perceived self-efficacy in coping with cognitive stressors and opioid activation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55 (3), 479-488.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. (trad. J. Lecomte). Paris/Bruxelles : De Boeck Diffusion.

- Banovic, I., Gilibert, D., Olivier, M., et Cosnes, J. (2009). L'observance et certains de ses déterminants dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. *Pratiques Psychologiques*, 16 (2), 157-172
- Bardin, L. (1991). *L'analyse de contenu*, Paris : PUF.
- Baron, P., et Laberge, G. (1987). Contrôle et dépression chez la femme : désir de contrôle, perception de contrôle et symptômes dépressifs chez les femmes rattachées à la fonction publique permutante et non permutante. *Revue Québécoise de Psychologie*, 8 (3), 165-175.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14 (4), 413-445.
- Barroso, J., McMillan, S., Casey, L., Gibson, W., Kaminski, G., et Meyer, J. (2000). Comparison between African-American and white women in their beliefs about breast cancer and their health locus of control. *Cancer Nursing*, 23(4), 268-76.
- Bates, M.S., et Rankin-Hill, L. (1994). Control, culture and chronic pain. *Social Science and Medicine*, 39 (5), 629-645.
- Baudrant-Boga, M. (2009). *Penser autrement le comportement d'adhésion du patient aux traitements médicamenteux*. Sous la direction d'Allenet, B. et Bosson, J-L. Université Joseph Fourier, Grenoble1.
- Beauregard, L., et Dumont, S. (1996). La mesure du soutien social. *Service Social*, 45 (3), 55-76.
- Beauvois, J.L., Joule, R.V., et Monteil, J.M. (1987). *Perspectives cognitives et conduites sociales, vol 1. Théories implicites et conflits cognitifs*. DeVal, Fribourg, Suisse.
- Beauvois, J.L., et Dubois, N. (2001). Normativity and self-presentation: theoretical bases of self-presentation training for evaluation situations. *Journal of Managerial Psychology*, 16 (7), 490-508.
- Beauvois, J.L., et Dubois, N. (1988). The norm of internality in the explanation of psychological events. *European Journal of Social Psychology*, 18 (4), 299-316.
- Belkacémi, Y., Boussen, H., Hamdi-Cherif, M., Benider, A., Errihani, H., Mrabti, H., Bouzid, K., Bensalem, A., Fettouki, S., Ben Abdalah, M., Abid, L., et Gligorov, J. (2010). *Épidémiologie des cancers du sein de la femme jeune en Afrique du Nord*. 32es Journées de la SFSPM, Strasbourg.
- Ben Abdallah, M., Zehani, S., Maalej, M., Hsairi, M., Hechiche, M., Ben Romdhane, K., Boussen, H., Saadi, A., Achour, N., et Ben Ayed, F. (2009). Cancer du sein en Tunisie, caractéristiques épidémiologiques et tendances évolutive de l'incidence. *Tunisie Médicale*, 87 (7), 417-425
- Ben Ahmed, S., Aloulou, S., Bibi, M., Landolsi, A., Noura, M., Ben Fatma, L., Kallel, L., Gharbi, O., Korbi, S., Khairi, H., et Kraïem, C. (2002/3). Prognostic du cancer du sein chez les femmes tunisiennes : analyse d'une série hospitalière de 729 patientes. *Santé Publique*, 14, 231-241.
- Ben Fatma, L. Landolsi, A., Chouchen, L., Ghaha, R., Boughattas, H., Bibi, M., Noura, M., Gharbi, O., Hochlef, M., Aloulou, S., et Ben Ahmed, S. (2005). Connaissances, attitudes et comportements vis a vis de la prédisposition héréditaire aux cancers. Enquête auprès d'une population indemne de cancers dans le centre tunisien. *Tunisie Médicale*, 83 (5), 262-268.
- Ben Gobrane, H. Fakhfakh, R., Rahal, K., Ben Ayed, F., Maalej, M., Ben Abdallah, A., Achour, N., et Hsairi, M. (2007). Prognostic du cancer du sein à l'Institut de Carcinologie Salah AZAIEZ de Tunis. *Eastern Medeterranean Health Journal*, 13 (2), 309-318.

- Ben Hamida, A. (2008). *Le dépistage du cancer du sein en Tunisie : résultats d'une expérience pilote de dépistage mammographique*. Dossier documentaire spécialisé sur le cancer du sein "Octobre rose, le mois de sensibilisation au cancer du sein", « le cancer du sein, parlons-en ! ».
- Ben Salem, M. (2000). *Dialogue avec mon cancer*, Tunis : Cérès Editions
- Bentiri, N. (2004-2005). *Les aspects psychosociaux de la santé des personnes en situation de précarité*. Master professionnel de psychologie sociale de la santé. Sous la direction de Escaffre, N., Manderscheid, J-C. et Pithon, G. Université d'Aix Marseille.
- Benyamini, Y. (2005). Can high optimism and high pessimism co-exist? Findings from arthritis patients coping with pain. *Personality and Individual Differences*, 38, 1463-1473.
- Benyamini, Y., et Rosnier, I. (2008). The predictive validity of optimism and affectivity in a longitudinal study of older adults. *Personality and Individual Differences*, 44 (4), 853-864.
- Bernardon, S., Babb, K., Hakim-Larson, J., et Gragg, M. (2011). Loneliness, attachment, and the perception and use of social support in university students. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 43 (1), 40-51.
- Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un simple supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*, 6, 1511-1513.
- Bertagne, P. (2002). Psychologie médicale. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37, 031, B-10, 4 p.
- Besançon, G. (1994). La place de la psychologie médicale dans la pratique médicale contemporaine. *Psychologie Médicale*, volume 26, n° spécial 2, SPM éditeur, sarl, Paris.
- Bettencourt, B.A., Talley, A.E., Molix, L., Schlegel, R., et Westgate, S.J. (2008). Rural and urban breast cancer patients: Health locus of control and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 17 (9), 932-939.
- Bidan-Fortier, C. (2001). L'évolution différentielle de l'infection par le VIH. In : M. Bruchon-Schweitzer et B. Quitard (Eds). *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod, 157-177.
- Bokhorst, C.L., Sumter, S.R., et Westenberg P.M. (2009). Social support from parents, friends, classmates, and teachers in children and adolescents aged 9 to 18 years: who is perceived as most supportive? *Social Development*, 19 (2), 417-426,
- Bouaziz, P. (2006). *Science, éthique et société*, Paris: Bréal
- Bouchlaka, A., Ben Abdallah, M., Ben Aissa, R., Smida, S., Ouechtati, A., Boussen, H., et Gueddana, N. (2009). Pratique de la mammographie à grande échelle dans le gouvernorat de l'Ariana en Tunisie : un préalable à un dépistage de masse organisé ? *La Tunisie Médicale*, 87 (7), 426-431.
- Boudabous, M., Mnif, L., Amouri, A., Ounaïs, A., Tahri, N. (2008). *Profil épidémiologique clinique et évolutif des cancers colorectaux*. A propos de 130 cas. VI^{ème} colloque Franco-Tunisien de cancérologie, 25-26 avril, SOUSSE-TUNISIE.
- Boujut, E. et Bruchon-Schweitzer, M. (2007). Rôle de certains facteurs psychosociaux dans la réussite universitaire d'étudiants de première année. *L'orientation Scolaire et Professionnelle*, 36 (2), 157-177.
- Bourdon, M. (2012/10). Spiritualité et santé. Face à un diagnostic de cancer. *Le Journal des Psychologues*, 303, 23-27.
- Brauer, M. (2000). L'identification des processus médiateurs dans la recherche en psychologie. *L'année Psychologique*, 100 (4), 661-681.

- Brewin, C.R., Andrews, B., et Valentine, J.D. (2000). Méta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748-766.
- Bridou, M., et Aguerre, C. (2010). Spécificités, déterminants et impacts de l'anxiété liée au cancer : revue de question des apports de l'approche cognitivo-comportementale. *Psycho-Oncology*, 4, 1-7.
- Brosschot, J.F., Winifred, A., Gebhardt, W.A., et Godaert, G.L.R. (1994). Internal, powerful others and chance locus of control: relationships with personality, coping, stress and health. *Personality and Individual Differences*, 16 (6), 839-852.
- Bruchon-Schweitzer, M., et Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*, Paris : PUF.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts et modèles en psychologie de la santé. *Recherche en Soins Infirmiers*, 67, 4-39.
- Bruchon-Schweitzer, M., Giliard, J., Sifakis, Y., Koleck, Tastet, S., et Irachabal, S. (2001). « Lieu de contrôle » et santé. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37, 032, A-35, 6 p.
- Bruchon-Schweitzer, M., et Quitard, B. (2001). *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*, Paris : Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*, Paris : Dunod.
- Brunet, A. (1996). Expositions récurrentes aux événements traumatiques : inoculation ou vulnérabilité croissante? *Santé Mentale au Québec*, 21 (1), 145-162.
- Buckelew, S.P., Shutty, M.S., Hewett, J.J., Landon, T., Morrow, K., et Frank, R.G. (1990). Health locus of control, gender differences and adjustment to persistent pain. *Pain*, 42 (3), 287-294.
- Burns, S.M., Maniss, S., Young, L.R.L., Gaubatz, M. (2005). Attributions of control and seropositivity among latinos: examining the predictive utility of the locus of control construct. *AIDS Care*, 17 (2), 263-269.
- Cannon, A.J., Darrington, D.L., Reed, E.C., et Loberiza, F.R. (2011). Spirituality, patients' worry, and follow-up health-care utilization among cancer survivors. *The Journal of Supportive Oncology*, 9 (4), 141-148.
- Caron, J., et Guay, S. (2005). *Santé Mentale au Québec*, 30 (2), 15-41.
- Carré, Ph. (2004/5). Bandura : une psychologie pour le XXI siècle. *Savoirs, Hors Série*. 9-50.
- Carver, C.S., et Scheier, M.F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-therapy approach to human behavior*. New-York and Berlin, Springer-Verlag.
- Carver, C.S. et Scheier, M.F. (1982). Control theory: A useful framework for conceptualizing human behavior. *Psychological Bulletin*, 92 (1), 111-135.
- Carver, C.S., Pozo, Harris, S.S., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L. et Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (2), 375-90.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., et Segerstrom, S.C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30 (7), 879-889.
- Castro, B. et Skurnik, N. (1993). Du jeu de rôles comme vecteur de formation en enseignement médical. *Psychologie Médicale*, 25 (3), 199-264.

- Castro, D. (1996). Stratégies psychologiques et maladie chronique. *Psychologie Française*, 41 (2), 131-135.
- Cathebras, P. (1996). Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme. In : J. Benoist (Ed). *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris : Les Éditions Karthala, 315-330.
- Cazals-Ferré, M.P., et Rossi, P. (2004). *Éléments de psychologie sociale*, Paris : Armand collin.
- Chadoff, P., Friedman, S.B., et Hambourg, D.A. (1964). Stress, defenses and coping behavior: observations in parents of children with malignant diseases. *American Journal of Psychiatry*, 120, 743-749.
- Chalot, C. (1980). La croyance en un monde juste comme variable intermédiaire des réactions au sort d'autrui et à son propre sort. *Psychologie Française*, 25 (1), 51-71.
- Channouf, A., Mangard, C., et Somat, A. (1996-1997). Attributions causales et appartenances idéologiques. *Bulletin de Psychologie*, tome L-n° 431.
- Chelli, D., Dimassi, K., Zaanouni, E., Sfar, E., Ben Aissa, R., Bouchlaka, A., Ben Hmida, A., Chelli, H., Gueddana, N., et Chenoufi, M.B. (2009). Prise en charge des cancers du sein issus du programme mammographique du gouvernorat de l'Ariana en Tunisie. *La Tunisie Médicale*, 87 (07), 471-474.
- Chombart De Lauwe, M.-J., Di Giacomo, J.-P., Doise, W., Flament, C., Herzlich, C., Jodelet, D., Leroy, C., Moscovici, S., Palmonari, A., Pombeni, M.-L., et Salmaso, P. (1986). *L'étude des représentations sociales*, Paris : Delachaux et Niestlé.
- Cicero, V., Lo Coco, S., Gullo, S., et Lo Verso, G. (2009). The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 18 (10), 1045-1052.
- Clément-Hryniewicz, N., et Paillaud, E. (2008). Quand le mot cancer fait trauma. Réflexions autour de l'annonce diagnostic de cancer. *Psycho-Oncology*, 2 (1), 44-48.
- Clément-Hryniewicz, N. (2003). De l'information à l'éducation à la santé. *Le Journal des Psychologues*, 205, 30-34.
- Cohen, S., et Herbert, T.B. (1996). Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.
- Cohen, S., et Wills, T.A. (1985). Stress, support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357.
- Comby, L., Devos, T., et Deschamps, J-C. (1995). Croyance en un monde juste : responsabilités comportementale et morale attribuées aux personnes séropositives. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 2, 83-106.
- Consoli, M. (1996). Les approches dispositionnelles en psychologie de la santé. *Psychologie Française*, 41 (2), 117-130.
- Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J.M., Irachabal, S., et Lakdja, F. (2005). 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., Irachabal, S., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J.M., & Lakdja, F. (2005). Dimensions of the Cancer Locus of Control Scale as predictor of psychological adjustment and survival in breast cancer patients. *Psychological Reports*, 97 (3), 699-711.

- Cousson-Gélie, F. (2001a). Stratégies de coping élaborées pour faire face à une maladie grave : l'exemple des cancers. *Recherche en Soins Infirmiers* 67 (12), 99-105.
- Cousson-Gélie, F. (2001b). Rôle des facteurs psychosociaux de la genèse et l'évolution des cancers du sein. In : M. Bruchon-Schweitzer et B. Quitard (Eds). *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod. 48-73.
- Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quitard, B., Nuissier, J., et Rascle, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la W.C.C (Ways of Coping Checklist). *Psychologie Française*, 41 (2), 155-164.
- Dalbert, C. (2002). Beliefs in a just world as a buffer against anger. *Social Justice Research*, 15 (2), 132-145.
- Dany, L., Roussel, P., Crayon, S., Blois, S., et Apostolidis, T. (2009). Adaptation et validation française de l'inventaire de croyances et perceptions associées à la douleur. *Pratiques Psychologiques*, 15 (3), 387-404.
- Dauchy, S., et Curé, H. (2008). Epidémiologie des cancers : que nous disent les données socio-culturelles. *Psycho-Oncology*, 2(4), 217-224.
- Daugherty, C.K., Fitchett, G., Murphy, P.E., Peterman, A.H., Banik, D.M., Hlubocky, F., et Tartaro, J. (2005). Trusting God and medicine: spirituality in advanced cancer patients volunteering for clinical trials of experimental agents. *Psycho-Oncology*, 14, 135-146.
- David, D., Montgomery, G.H., et Bovbjerg, D.H. (2006). Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Personality and Individual Differences*, 40 (2), 203-213.
- Dean, C., et Surtees, P.G. (1989). Do psychological factors predict survival in breast cancer ? *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 561-569.
- Deconchy, J-P. (1982). Analyse du comportement et inférence d'un système de croyances : les travaux de Melvin J. Lerner. *Archives des Sciences Sociales des Religions*, 53 (1), 145-163.
- De Granges, E-G. (2006). *Attributions causales de la maladie de patients souffrant de douleurs chroniques*. Thèse de doctorat en médecine. Sous la direction d'Allaz, A-F. Université de Genève.
- Delhomme, P., et coll. (2005/2). *Psychologie sociale*, Paris : Hachette supérieur.
- Deschamps, J.-C., et Clémence, A. (1996). *L'attribution : causalité et explication au quotidien*, Lion : Delachaux et Niestlé.
- Desrichard, O. (2008). (adaptation française). *Psychologie de la santé*, Bruxelles : Editions de Boeck Université.
- Devault, A. et Fréchette, L. (nov 2002). Le soutien social et l'intervention de nature psychosociale ou communautaire : Cahier du GERIS : Série RECHERCHES, 20, 1-30.
- Dilhuydy, J.M. (2003). L'attrait pour les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie : une réalité que les médecins ne peuvent ni ignorer, ni réfuter. *Bulletin du Cancer*, 90 (7), 623-628.
- Doise, W., Deschamps, J-C., et Mugny, G. (1997). *Psychologie sociale expérimentale*, Paris : Masson et Armand Colin éditeurs.
- Dompnier, B., et Pansu, P. (2007). L'intervention des explications causales internes en termes d'efforts dans les stratégies d'autoprésentation et le jugement social : perspectives sociocognitives. *Psychologie Française*, 52 (4), 459-478.

- Doron, R. et Parot, F. (1991). Dictionnaire de psychologie. Paris : PUF.
- Drouard, J.P. (2002). *Module sciences humaines: des soins infirmiers et des cultures*, Paris : Ellipses Editions.
- Duboc, A. (2011). La femme face au cancer du sein : une perspective salutogène et holiste. *Psycho-Oncology*, 5 (1), 11-24.
- Dubois, N. (1987). *La psychologie du contrôle : les croyances internes et externes*, Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Dubois, N. (1994). *La norme d'intériorité et le libéralisme*, Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Dubois, N. (octobre 2002). Autour de la norme sociale. *Les Cahiers de Psychologies Politique : revue interactive d'information et de dialogue*. [En ligne], n° 2.
- Dzuka, J., et Dalbert, C. (2006). The belief in a just world and subjective well-being in old age. *Aging and Mental Health*, 10 (5), 439-444.
- Elliot, A.J., et Church, M.A. (2003). A motivational analysis of defensive pessimism and self-handicapping. *Journal of Personality*, 71 (3), 369-394.
- Errihani, H., Mrabti, H., Boutayeb, S., El Ghissassi, I., El Mesbahi, O., Hammoudi, M., Chergui, H., et Riadi, A. (2008). Impact of cancer on moslem patients in Morocco. *Psycho-Oncology*, 17, 98-100.
- Exline, J.J., Park, C.L., Smyth, J.M., et Carey, M.P. (2011). Anger toward god: social-cognitive predictors, prevalence, and links with adjustment to bereavement and cancer. *Personality Processes and Individual Differences*, 100 (1), 129-148.
- Fabien, C., et Warren, A. (1993). *Le cancer du sein : traverser l'épreuve étape par étape*, Les Editions de l'Homme : Québec.
- Famose, J. P. (1997). Motivation et performance sportive. *Rencontres chercheurs-praticiens. Dossiers EPS n°35. Editions revue EPS*.
- Finch. J.F., Okun, M.A., Pool, G.J., et Ruehlman, L.S. (1999). A comparison of the influence of conflictual and supportive social interactions on psychological distress. *Journal of Personality*, 67 (4), 581-621.
- Fischer, G.N. (Dir). (1997). *La psychologie sociale*, Paris : Editions du seuil.
- Fischer, G.N. (Dir). (2002). *Traité de psychologie de la santé*, Paris : Dunod.
- Fischer, G.N., et Tarquinio, C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*, Paris : Dunod.
- Fiske, S.T. (2008). *Psychologie sociale*, Bruxelles : De Boeck.
- Fontayne, P., Martin-Krumm, C., Buton, F., et Heuzé, J.F. (2003). Validation française de la version révisée de l'échelle de mesure des attributions causales (CDSII). *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 58, 59-72.
- Fournier, M., Ridder, D., et Bensing, J. (2002). How optimism contributes to the adaptation of chronic illness. A prospective study into the enduring effects of optimism on adaptation moderated by the controllability of chronic illness. *Personality and Individual Differences*, 33 (7), 1163-1183

- François, P.H., et Botteman, A. (1996). Pertinence du modèle de l'auto-efficacité de Bandura pour le bilan. *Carriérologie*, vol. 6, (2), 85-108.
- François, P.H., et Botteman, A. (2002). Théorie sociale cognitive de Bandura et bilan de compétences : applications, recherches et perspectives critiques. *Carriérologie*, 8 (3), 519-543.
- Franks, H.M., et Roesch, S.C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 15 (12), 1027-1037.
- Furnham, A. (2003). Belief in a just world: research progress over the past decade. *Personality and Individual Differences*, 34, 795-817.
- Gaâbout, M. (1995). *Curriculum de formation continue sur " la relation d'aide " destinée aux enseignants des écoles de santé*, Tunis : Centre National de formation pédagogique des cadres de la santé.
- Gaaloul, B. (2002). *Vécu hospitalier et relations sociales, l'exemple d'un service de chirurgie*. Mémoire de D.E.A en sociologie. Sous la direction de Ben Salem, L. Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis.
- Galand, B., et Vanlede, M. (2004). Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'apprentissage et la formation : quel rôle joue-t-il ? D'où vient-il ? Comment intervenir ? *Les Cahiers de Recherche en Education et Formation*, Hors série, 91-116.
- Gall, T.L., Guirgui-Younger, M., Charbonneau, C, et Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 1165-1178.
- Gangloff, B., et Duchon, C. (2010). La croyance en un monde du travail juste et sa valorisation sociale perçue. *Humanisme et Entreprise*, 298, 45-64.
- Gangloff, B., Abdellaoui, S et Personnaz, B. (2007). De quelques variables modulatrices des relations entre croyance en un monde juste, internalité et allégeance : une étude sur des chômeurs. *Les Cahiers de Psychologie Politique : revue d'information, de réflexion et de recherche*, 11.
- Gangloff, B. (2003). D'une nature personnalologique à une nature normative des 5 facteurs du Big Five. *Les Cahiers de Psychologie Politique : revue interactive d'information et de dialogue*. [En ligne], 4.
- Gangloff, B. (2002). L'internalité et l'allégeance considérées comme des normes sociales : une revue. *Les Cahiers de Psychologie Politique : revue interactive d'information et de dialogue*. [En ligne], n° 2.
- Gangloff, B. (1998). Niveau hiérarchique, style de management et infortunes de la norme d'internalité. *Revue Québécoise de Psychologie*, 19 (2), 1-17.
- Garant, V., et Alain, M. (1995). Perception de contrôle, désir de contrôle et santé psychologique. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 27 (3), 251-267.
- Gerend, M.A., et Pai, M. (2008). Social determinants of Black-White disparities in breast cancer mortality: a review. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 17(11), 2913-2923.
- Gharbi, O., Laadhari, A., Gahbiche, S., et Ben Ahmed, S. (2008). *Cancers et médecines parallèles en Tunisie*. VI^{ème} colloque Franco-Tunisien de cancérologie, 25-26 avril, SOUSSE-TUNISIE.
- Ghorbel, Ch. (1982). *Etudes des perceptions de contrôle et de causalités de la maladie chez les patients et les bien-portants. (Cas du cancer et de la crise cardiaque)*. Etude interculturelle Tunisie-France. Thèse de doctorat en Psychologie. Sous la direction de Deconchy, J-P. Université de Paris X-Nanterre.
- Gilibert, D., et Daloz, L. (2008). Disorders associated with burnout and causal attributions of stress among health care professionals in psychiatry. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 5 (4), 263-274.

- Gilbert, D. Sales-Wuillemin, E. (2005). La discrimination "primitive" dans l'activité explicative. *Bulletin de Psychologie*, 58 (3).
- Gillibrand, R., et Stevenson, J. (2006). The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. *British Journal of Health Psychology*, 11 (1), 155-169.
- Giroux, P., et Lachance, L. (2008). Elaboration et validation de l'échelle d'auto-efficacité en vidéocommunication. *Revue Internationale des Technologies en Pédagogie Universitaire*, 5 (2), 6-20.
- Giunta, L.D., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Tramontano, C., et Caprara, G.V. (2010). *European Journal of Psychological Assessment*, 26 (2), 77-86.
- Gomez, R. (1998). Locus of control and avoidant coping: direct interactional and meditational effects on maladjustment in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 24 (3), 325-334.
- Gorin, S.S. (2010). Theory, measurement, and controversy in positive psychology, health psychology, and cancer: basics and next steps. *Annals of Behavioral Medicine*, 39 (1), 43-47.
- Goubier-Boula, M-O., Vannotti, M. (1994). Le corps et ses appartenances : approche de la maladie, entre technique et éthique dans l'individu, la famille, la société. *Psychologie Médicale*, 26 (1), 15-19.
- Goudsmit, E.M., Ho-Yen, D., et Dancy, C.P. (2009). Learning to cope with chronic illness. Efficacy of a multi-component treatment for people with chronic fatigue syndrome. *Patient Education and Counseling*, 77 (2), 231-236.
- Grassi, L., Righi, R., Sighinolfi, L., Makoui, S., et Ghinelli, M.D. (1998). Coping Styles and Psychosocial-Related Variables in HIV-Infected Patients. *Psychosomatics*, 39 (4), 350-359.
- Graziani, P., Hautekèete, M., Rusinek, S., et Servant, D. (2001). Stress, anxiété et trouble de l'adaptation, Masson.
- Gravitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*, Paris : éditions DALLOZ.
- Grégoire, S., Bouffard, T., et Cardinal, L. (2000). Le sentiment d'efficacité personnelle et la transition de carrière. *Revue Québécoise de Psychologie*, 21 (3), 93-109.
- Gremore, T.M., Baucom, D.H., Porter, L.S., Kirby, J.S., Atkins, D.C., et Keefe, F.J. (2011). Stress buffering effects of daily spousal support on women's daily emotional and physical experiences in the context of breast cancer concerns. *Health Psychology*, 30 (1), 20-30.
- Gruber-Baldini, A.L., Ye, J., Anderson, K.E., et Shulman, L.M. (2009). Effects of optimism/pessimism and locus of control on disability and quality of life in Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 15 (9), 665-669.
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., et Hietanen, P. (2007). Quality of life in cancer patients: the role of optimism, hopelessness, and partner support. *Quality of Life Research*, 16 (1), 75-87.
- Gwaltney, C.J., Metrick, J., Kahler, C.W., et Shiffman, S. (2009). Self-efficacy and smoking cessation : A meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23 (1), 56-66.
- Hafer, C.L., et Bègue, L. (2005). Experimental research on just-world theory: problems, developments and future challenges. *Psychological Bulletin*, 131 (1), 128-167.
- Hafer, C.L. (2000). Investment in long-term goals and commitment to just means drive the need to believe in a just world. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 1059-1073.

- Halimi, L., Vachier, I., Varrin, M., Godard, P., Pithon, G., et Chanez, P. (2005). Interference of psychological factors in difficult-to-control asthma. *Respiratory Medicine*, 101, 154-161.
- Han, W.T., Collie, K., Koopman, C., Azarow, J., Classen, C., Morrow, G.R., Michel, B., Brennan-O'Neill, E., et Spiegel, D. (2005). Breast cancer and problems with medical interactions: relationships with traumatic stress, emotional self-efficacy, and social support. *Psycho-Oncology*, 14, 318-330.
- Harandy, T.F., Ghofranipour, F., Montazeri, A., Anousheh, M., Bazargan, M., Mohammadi, E., Ahmadi, F., et Niknami, S. (2010). Muslim breast cancer survivor spirituality: coping strategy or health seeking behavior hindrance? *Health Care for Women International*, 31, 88-98.
- Hartmann, A. (2008). Les orientations nouvelles dans le champ du coping. *Pratiques Psychologiques*, 14 (2), 285-299.
- Hartmann, A., Bonnaud-Antignac, A., Cercle, A., Dabouis, G., et Dravet, F. (2007). Coping et changement face au cancer du sein : le point de vue des patientes et de leurs accompagnants. *Pratiques Psychologiques*, 13 (2), 169-183.
- Hartmann, A. (2007). *Etude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leur « accompagnant-référent »*. Thèse de doctorat en Psychologie. Sous la direction de Cerclé, A. et Bonnaud-Antignac, A. Université de Haute-Bretagne Rennes II.
- Helgeson, S.V. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12 (1 supplément), 25-31.
- Helgeson, V.S. et Franzen, P.L. (1998). The role of perceived control in adjustment to diabetes. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 11 (2), 113-136.
- Hergovich, A., Ratky, E., et Stollreiter, M. (2003). Attitudes toward HIV-positives in dependence on their sexual orientation. *Swiss Journal of Psychology*, 62(1), 37-44.
- Hewitt, A.K., Foxcroft, D.R., et MacDonald, J. (2004). Multitrait-multimethod confirmatory factor analysis of the attributional style questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 37 (7), 1483-1491.
- Higgins, N.C., Zumbo, B.D., et Hay, J.L. (1999). Construct validity of attributional style: modelling context-dependent item sets in the attributional style questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 59 (5), 804-824.
- Hirai, K., Suzuki, Y., Tsuneto, S., Ikenaga, M., Hosaka, T., et Kashiwagi, T. (2002). A structural model of the relationships among self-efficacy, psychological adjustment and physical condition in Japanese advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*, 11, 221-229.
- Holt, C.L., Clark, E.M., Kreuter, M.W., et Rubio, D.M. (2003). Spiritual health locus of control and breast cancer beliefs among urban African American women. *Health Psychology*, 22 (3), 294-299.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*, Reading Mass: Addison-Wesley.
- Howsepian, B., et Merluzzi, T.V. (2009). Religious beliefs, social support, self-efficacy and adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 18 (10), 1069-1079.
- Hoyt, M.A. et Stanton, A.L. (2011). Unmitigated agency, social support, and psychological adjustment in men with cancer. *Journal of Personality*, 79 (2), 259-276.
- Hsairi, M., Fakhfakh, R., Bellaaj, R., et Achour, N. (2003). Knowledge, attitudes and behaviours of women towards breast cancer screening. *East Mediterr Health Journal*, 9, 87-98.

- Huart, T. (2001). Un éclairage théorique sur la motivation scolaire : un concept éclaté en multiples facettes. *Cahiers du Service de Pédagogie Expérimentale-Université de Liège*, 7-8.
- Hugo Criadi Del Valle, C., et Mateos, P.M. (2008). Dispositional pessimism, defensive pessimism and optimism: The effect of induced mood on prefactual and counterfactual thinking and performance. *Cognition and Emotion*, 22 (8), 1600-1612.
- Imam, S.S. (2007). *General self efficacy scale: dimensionality, internal, consistency, and temporal stability*. Conference: Proceedings of the Redesigning Pedagogy: Culture, Knowledge and Understanding, Singapore.
- Iwanaga, M., Yokoyama, H., et Seiwa, H. (2004). Coping availability and stress reduction for optimistic and pessimistic individuals. *Personality and Individual Differences*, 36 (1), 11-22.
- Janne, P., Tordeurs, D., Michaux, G., Ghislain, M.C., Mazy, S., De Wispelaere, J.F., Libert, Y., et Reynaert, C. (2001). Le cancer du sein et son approche psychologique : la famille, les autres, la chance et ... moi. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 29 (1), 28-33.
- Janoff-Bulman, R. (1992). Happystance. A review of subjective well-being: an interdisciplinary perspective. *Contemporary Psychology*, 37, 162-163.
- Janoff-Bulman, R., et Wortman, C.B. (1977). Attributions of blame and coping in the "Real World" severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35 (5), 351-363.
- Jenkins, R.A., et Patterson, T.L. (1998). HIV locus of control and adaptation to seropositivity. *Journal of Applied Social Psychology*, 28 (2), 95-108.
- Jimmieson, N.L., McKimmie, B.M., Hannam, R.L., et Gallagher, J. (2010). An investigation of the stress-buffering effects of social support in the occupational stress process as a function of team identification. *Group dynamics: theory, research, and practice*, 14 (4), 350-367.
- Joët, G. (2010). *Le sentiment d'auto-efficacité en primaire : de son élaboration à son impact sur la scolarité des élèves*. Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation. Sous la direction de Bressoux, P. Grenoble II-Université Pierre-Mendes-France.
- Johnson, K.A., Zvolensky, M.J., Marshall, E.C., Gonzalez, A., Abrams, K., et Vujanovic, A.A. (2008). Linkages between cigarette smoking outcome expectancies and negative emotional vulnerability. *Addictive Behaviors*, 33 (11), 1416-1424.
- Jones, S.L., Hadjistavropoulos, H.D., et Sherry, S.B. (2012). Health anxiety in women with early-stage breast cancer: what is the relationship to social support? *Canadian Journal of Behavioral Science*, 44 (2), 108-116.
- Karademas, E.C. (2006). Self-efficacy, social support and well being. The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, 40 (6), 1281-1290.
- Kelley, H.H. et Michela, J.L. (1980). Attribution theory and research. *Annual Review of Psychology*, 31, 457-502.
- Kelly, J.A., Murphy, D.A., Bahr, G.R., Koob, J.J., Morgan, M.G., Kalichman, S.C., Stevenson, L.Y., Brasfield, T.L., Bernstein, B.M., et St Lawrence. (1993). Factor associated with severity of depression and high-risk sexual behavior among persons diagnosed with human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Health Psychology*, 12, 215-219.

- Kim, J., Yeob Han, J., Shaw, B., Mctavish, F., et Gustafson, D. (2010). The roles of social support and coping strategies in predicting breast cancer patients' emotional well-being: testing mediation and moderation models. *Journal of Health Psychology*, 15 (4) 543-552.
- Koenig, H.G. (2004). Religion, spirituality and Medicine: Research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*, 97 (12), 1194-1200.
- Koleck, M., Mazaux, J.M., Rasclé, N. et Bruchon-Schweitzer, M. (2006). Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: a prospective study. *European Journal of Pain*, 10 (1), 1-11.
- Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., et Bourgeois, M.L. (2003). Stress et coping : un modèle intégratif en psychologie de la santé. *Annales Médico-Psychologiques*, 161, 809-815.
- Kolpas, P.A., Gans, H.B., Wisely, M.P., Kuchibhatla, M., Cutson, T.M., Gold, D.T., Taylor, C.T., et Schenkman, M. (1999). Quality of life and Parkinson's disease. *Journal of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 54 (4), 197-202.
- Kridis, N. (2008). *Communication et innovation* (sous la direction), Paris, L'Harmattan.
- Kridis, N. (2002). *Communication et famille*, Tunis, Sud éditions.
- Kridis, N. (1992). *Le paradis perdu* (en arabe), Tunis, Annawras.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Kwate, N.O.A., Thompson, H.S., Valdimarsdottier, H.B., et Bovbjerg, D.H. (2005). Brief report: etiological attributions for breast cancer among healthy african american and european american women. *Psycho-Oncology*, 14, 421-425.
- Lakey, B., et Cassady, P.B. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (2), 337-343.
- Lakey, B., McCabe, K.M., Fiscaro, S.A., et Drew, J.B. (1996). Environment and perceived determinants of supports perceptions: Three generalizability studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (6), 1270-1280.
- Lakey, B., et Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: a new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological Review*, 118 (3), 482-495.
- Landolsi, A., Gahbiche, S., Chaafii, R., Chabchoub, I., Ben Fatma, L., Hochlef, M., Gharbi, O., et Ben Ahmed, S. (2010). Causes du retard diagnostic du cancer du sein chez la femme tunisienne : série de 160 patientes au centre tunisien. *La Tunisie Médicale : Journal de la Société Tunisienne des Sciences Médicales*, 88 (12), 894-897.
- Laugaa, D., et Bruchon-Schweitzer, M. (2005). L'ajustement au stress professionnel chez les enseignants français du premier degré. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 34 (4), 499-519.
- Launay, M. (2004). *Psychologie cognitive*, Paris : Hachette.
- Lazaar-Ben Gobrane, H., Hajjem, S., Aounallah-Skhiri, H., Achour, N., et Hsairi, M. (2011). Mortalité par cancer en Tunisie : calcul des années de vies perdues. *Santé Publique*, 23 (1), 31-40.
- Lazarus, R.S., et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*, New York : Springer.

- Lazzaretto, M., Andreetto, U., De Bertolini, Baldo, M., Rupolo, G., et Saccavini, R. (1993). Les aspects émotifs de la relation médecin-patient-partenaire dans le pronostic de l'infection hétérosexuelle par VIH. *Psychologie médicale*, 25 (3), 207-209.
- Lecomte, J. (Dir). (2009). *Introduction à la psychologie positive*, Paris : Dunod.
- Lecomte, J. (2004/5). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs, Hors série*. 59-90.
- Lerner, M.J. (1985). Le thème de la justice ou le besoin de justifier. *Bulletin de Psychologie*, 39 (374), 205-211.
- Lerner, M.J., et Miller, D.T. (1978). Just world research and the attribution process: Looking back and ahead. *Psychological Bulletin*, 85 (5), 1030-1051.
- Lerner, M.J. (1998). The two forms of belief in a just world. In L. Montada et M.J. Lerner (Eds.). *Responses to victimizations and belief in a just world*. New York: Plenum Press, 247-269.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41 (3), 397-404.
- Leyens, J.Ph., et Yzerbyt, V. (1997). *Psychologie sociale*, Belgique : Mardaga éditeur.
- Lin, E.H., et Peterson, C. (1990). Pessimistic explanatory style and response to illness. *Behaviour Research and Thérapy*, 28 (3), 243-248.
- Lourel, M. (2006). Stress et santé : le rôle de la personnalité. *Recherche en Soins Infirmiers*, 85 (2), 5-13.
- Lucas, T., Alexander, S., Firestone, I., et Lebreton, J.M. (2008). Just world beliefs, perceived stress and health behavior: the impact of a procedurally just world. *Psychology and Health*, 23 (7), 849-865.
- Lunardo, R. (2006). L'influence du contrôle perçu sur le comportement du consommateur sur le lieu de vente. *Actes du colloque E. Thil*. <http://www.univ-lr.fr/iupcv/actes2006/Lunardo.pdf>
- Luszczynska, A. Scholz, U., et Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: *multicultural validation studies*. *The Journal of Psychology*, 139 (5), 439-457.
- Mabrouk, A. (2001). *Sombre histoire de cellules folles*, Tunis, Alyssa-Éditions.
- Mallinckrodt, B., Armer, J.M., et Heppner, P.P. (2012). A threshold model of social support, adjustment, and distress after breast cancer treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 59 (1), 150-160.
- Marks, G., Richardson, J.L., Graham, J.W., et Levine, A. (1986). Role of health locus of control beliefs and expectations of treatment efficacy in adjustment to cancer. *Personality and social Psychology*, 51 (2), 443-450.
- Martin-Krumm, C. (2012). L'optimisme: une analyse synthétique. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 93, 103-134.
- Martin-Krumm, C.P. et Sarrazin, P. (2004). Théorie des styles explicatifs et performance sportive : fondements théoriques, données empiriques et perspectives. *Science et Motricité*, 52, 9-43.
- Martin-Krumm, C.P., Sarrazin, P., Peterson, C., et Famose, J.P. (2003). Explanatory style and resilience after sports failure. *Personality and Individual Differences*, 35 (7), 1685-1695.

- Martin-Krumm, C. (2002). *Style explicatif et performance motrice. Comment le style attributionnel influence la performance sportive et la réussite en éducation physique et sportive*. Thèse de doctorat en Sciences. Sous la direction de Famose, J-P et Sarrazin, Ph. Université Paris XI- Orsay.
- Martinez, F. et Le Floch, V. (2008). La connaissance du gain d'autrui : une incitation au risque ? *Psychologie Française*, 53 (3), 25-38.
- Matthews, E.E., et Cook, P. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 716-726.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.C., et Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Montréal/ Paris : Gaëtan Morin éditeur.
- Mc Crae, R.R. (1984). Situational determinants of coping responses. Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919-928.
- McParland, J.L., et Knussen, C. (2010). Just world beliefs moderate the relationship of pain intensity and disability with psychological distress in chronic pain support group members. *European Journal of Pain*, 14 (1), 71-76.
- McQuillen, A., Licht, M., et Licht, B. (2003). Contributions of disease severity and perceptions of primary and secondary control to the prediction of psychosocial adjustment to Parkinson's disease. *Health Psychology*, 22 (5), 504-512.
- Mehran, F. (2010). *Psychologie positive et personnalité : activation des ressources*, Pays-Bas : Elsevier Masson SAS.
- Meijer, S.A., Sinnema, G., Bijstra, J.O., Mellenbergh, G.J., et Wolters, W.H.G. (2002). Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. *Social Science and Medicine*, 54 (9), 1453-1461.
- Mercier, M., et Carlier, G. (1998). L'accompagnement, générateur d'équilibre personnel et de reconnaissance sociale. *Bulletin d'Education du Patient*, 17 (1), 7-10.
- Meyer, T., et Verhliac, J.F. (2004/5 Hors série). Auto-efficacité: quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé, *Savoirs*, 117-134.
- Mikkelsen, E., et Einarsen, S. (2002). Relationships between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: The role of state negative affectivity and generalized self-efficacy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43 (5), 397-405.
- Miller, W.R., et Seligman, M.E.P. (1976). Learned helplessness, depression and the perception of reinforcement. *Behaviour Research and Therapy*, 14 (1), 7-17.
- Missaoui, N., Trabelsi, A., Parkin, D.M., Jaidane, L., Chatti, D., Mokni, M., Korbi, S., et Hmissa, S. (2010) Trends in the incidence of cancer in the Sousse region, Tunisia, 1993-2006. *International Journal of Cancer*, 127, 2669-2677
- Moore, M.T., et Fresco, D.M. (2007). Depressive realism and attributional style: implications for individuals at risk for depression. *Behavior Therapy*, 38 (2), 144-154.
- Morin, M. (1996). Perspectives de recherche pour l'étude empirique de l'explication sociale des maladies. *Psychologie Française*, 41 (2), 147-154.
- Morin, E.M. (1996). *Psychologies au travail*, Montréal/Paris : Gaëtan Morin éditeur.

- Moscovici, S. (1984). *Psychologie sociale*, Paris : PUF.
- Moscovici, S. (1972). *Introduction à la psychologie sociale*. Tome1. Paris : Larousse.
- Moulin, P. (2005). Imaginaire social et cancer. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4, 261-267.
- Moyer, C.A., Ekpo, G., Calhoun, C., Greene, J., Naik, S., Sippola, E., Stern, D.T., Adanu, R., Koranteng, I., Kwawukume, E.Y., et Anderson, F.G. (2008). Quality of life, optimism/pessimism, and knowledge and attitudes toward HIV screening among pregnant women in Ghana. *Women's Health Issues*, 18 (4), 301-309.
- Mucchielli, R. (1988). *L'analyse de contenu des documents et des communications*. Paris : Les éditions ESF.
- Murguia, A., Zea, M.C., Reisen, C.A., et Peterson, R.A. (2000). The Development of the Cultural Health Attributions Questionnaire (CHAQ). *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 6 (3), 268-283
- Murray, J., D, Spadafore, J., et McIntosh, W.D. (2005). Belief in a just world and social perception: evidence for automatic activation. *The Journal of Social Psychology*, 145 (1), 35-48.
- Nagels, M. (2008). *Analyse de l'activité et développement de l'auto-efficacité*. Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation. Sous la direction de Carré, Ph. Université de Paris X- Nanterre.
- Nagels, M. (2009). Accroître l'auto-efficacité collective en formation infirmière. Quand l'analyse du travail devient une expérience sociale. Recherches et Pratiques en Didactique Professionnelle – *Premier Colloque International "l'Expérience"*. RPDP, Eduter et AgroSup Dijon – 2, 3 et 4 décembre 2009 à Dijon.
- Nagyova, I., Stewart, R.E., Macejova, Z., Van Dijk, J.P., et Van den Heuvel, W.J. (2005). The impact of pain on psychological well-being in rheumatoid arthritis: the mediating effects of self-esteem and adjustment to disease. *Patient Education and Counselling*, 58 (1), 55-62.
- Nancy, J., Quitard, B., Boyer, A., Darrieu, M., et Fawzi, R. (2009). Coping et odontologie pédiatrique : construction d'un questionnaire français. *Pratiques Psychologiques*, 15, 435-455.
- Neal, J. (1998). Belief in a just world for the self as it relates to depression, stress and psychological well-being. *Living in a social world, psy 324: advanced social psychology*, Spring.
- Norem, J.K., et Cantor, N. (1986). Anticipatory and post hoc cushioning strategies: optimism and defensive pessimism in risky situations. *Cognitive Therapy and Research*, 10 (3), 347-362.
- Norman, P. (1995). Health locus of control and health behaviour: an investigation into the role of health value and behaviour-specific efficacy beliefs. *Personality and Individual Differences*, 18 (2), 213-218.
- Nes, L.S., et Segerstrom, S.C. (2006). Dispositional optimism and coping : a meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10 (3), 235-251.
- Njus, D.M., et Brockway, J.H. (1999). Perceptions of competence and locus of control for positive and negative outcomes: predicting depression and adjustment to college. *Personality and Individual Differences*, 26 (3), 531-548.
- Ogden, J., et Flanagan, Z. (2008). Beliefs about the causes and solutions to obesity: a comparison of GPs and lay people. *Patient Education and Counseling*, 71, 72-78.
- O'Hea, E.L., Bodenlos, J.S., Moon, S., Grothe, K.B., et Brantley, P.J. (2009). The multidimensional health locus of control scales: testing the factorial structure in sample of african, american medical patients. *Ethnicity and Disease*, 19 (2), 192-1198.

- OMS. (1999). *Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs chez l'enfant*, Singapour.
- Otto, K., et Schmidt, S. (2007). Dealing with stress in the workplace: compensatory effects of belief in a just world. *European Psychologist*, 12(4), 272-282.
- Otto, K., Boos, A., Dalbert, C., schöps, D., et Hoyer, J. (2006). Posttraumatic symptoms, depression and anxiety of flood victims: the impact of the belief in a just world. *Personality and Individual Differences*, 40, 1075-1084.
- Oung, B. (2006). *Contrôle et croyances devant un événement inexplicable. Processus généraux et context culturel*. Thèse de doctorat en Psychologie. Sous la direction de Deconchy J-P. Université Paris X-Nanterre.
- Overmier, J.B., et Blanchetau, M. (1987). La « résignation apprise » : données actuelles et perspectives d'étude. *L'Année Psychologique*, 87 (1), 73-92.
- Oxlad, M., Miller-Lewis, L., et Wade, T.D. (2004). The measurement of coping responses validity of the Billings and Moos Coping Checklist. *Journal of Psychosomatic Research*, 57 (5), 477-484.
- Paquet, Y., Menu, M., Saint-Dizier, W., et Rosnet, E. (avril 2004). Etude de la relation entre le contrôle perçu et le choix des stratégies de coping en sport collectif. *Journées d'Etudes : « Psychologie du sport : quelles interventions pour quels pratiquants ? »*
- Paquet, Y. (dir). (2009). *Psychologie du contrôle : théories et applications*, Bruxelles : Editions De Boeck Université.
- Pargament, K.I., et Hahn, J. (1986). God and the just world: causal and coping attributions to God in health situations. *Journal for the Scientific Study*, 25 (2), 193-207.
- Park, C.L., Edmondson, D., Fenster, J.R., et Blank, T.O. (2008). Meaning making and psychological adjustment following cancer: the mediating roles of growth, life meaning, and restored just-world beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (5), 863-875.
- Parker, J.D.A., et Fndler, N.S. (1992). Coping with coping assessment: a critical review. *European Journal of Personality*, 6 (5), 321-344.
- Pasquier, D., et Valeau, P. (2006). Le paradigme de Jellison et Green : de la clairvoyance à la réactivité normative. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 12 (1), 1-19.
- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologique*, 92 (4), 545-557.
- Pedinielli, J.L. (1996). Les théories étiologiques des malades. *Psychologie Française*, 41(2), 137-145.
- Pélicier, Y. (dir). (1995). *Psychologie, cancers et société*, Paris : l'Esprit du Temps.
- Pelissier, B., et Jones, N. (2006). Differences in motivation, coping style, and self-efficacy among incarcerated male and female drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 113-120.
- Penedo, F.J. Traeger, L., Benedict, C., Thomas, G., J.R., Dahn, Hernandez Krause, M., et Goodwin, W.J. (2012). Perceived Social Support as a Predictor of Disease-Specific Quality of Life in Head-and-Neck Cancer Patients. *The Journal of Supportive Oncology*, 10 (3), 119-123.
- Persky, Y.W., Kempthorne-Rawson, J., et Shekelle, R.B. (1987). Personality and risk of cancer: 20-year follow-up of the western electric study. *Psychosomatic Medicine*, 49, 435-449.
- Peterson, C., et Stunkard, A. (1992). Cognates of personal control: locus of control, self-efficacy, and explanatory style. *Applied and Preventive Psychology*, 1(2), 111-117.

- Peterson, C., Semmel, A., Von Baeyer, C., Abramson, L.T., Metalsky, G.I., et Seligman, M. E.P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6 (3), 287-300.
- Préau, M., Vincent E., Spire, B., Reliquet, V., Fournier, I., Michelet, C., Leport, C., et Morin, M. (2005). Health-related quality of life and health locus of control beliefs among HIV-infected treated patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 59 (6), 407-413.
- Proudfoot, J.G. Corr, P.J., Guest, D.E., et Dunn, G. (2009). Cognitive-behavioural training to change attributional style improves employee well-being, job satisfaction, productivity, and turnover. *Personality and Individual Differences*, 46 (2), 147-153.
- Pucheu, S. Consoli, S.M., D'Auzac, C., Français, P., et Issad, B. (2004). Do health causal attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal dialysis patients? *Journal of Psychosomatic Research*, 56 (3), 317-322.
- Pucheu, S., Consoli, S.M., Landi, B., et Lecomte, T. (2005). Personnalité, représentations et adaptation à la maladie cancéreuse : étude comparative. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4, 268-277.
- Pujol, H., Schraub, S., et Serin, D. (dir). (1997). *Les enjeux de la prise en charge des malades du cancer*, Paris : Flammarion.
- Rascle, N. (2001). Facteurs psychosociaux du stress professionnel et de l'épuisement professionnel. In : M. Bruchon-Schweitzer et B. Quitard (Eds). *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod. 221-238.
- Rascle, N., et Irachabal, S. (2001/2). Médiateurs et modérateurs : implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *Le travail Humain*, 64, 97-118.
- Razalvi, D., et Delvaux, N., et De Brier, F. (1998). *Psycho-oncologie : le cancer, le malade et sa famille*, Paris : Masson.
- Registre de l'Institut Salah Azaiz (1994-1999). Ministère de la Santé Publique, Institut Salah Azaiz, Service d'épidémiologie, de Biostatistiques et d'Informatique Médicale.
- Registre des Cancers du Centre-Tunisien (RCCT) : données 2000-2007. Ministère de la Santé Publique, Institut National de la Santé Publique,
- Registre des Cancers Nord-Tunisie (RCNT) : données 1999-2003. Projections à l'horizon 2024. Ministère de la Santé Publique, Institut Salah Azaiz, Institut National de la Santé Publique, Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de la technologie, Unité de Recherche en Epidémiologie des Cancers en Tunisie.
- Revidi, P. (1994). Réactions psychologiques aux affections somatiques graves. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37, 675- A-20, 10 p.
- Ric, F. (1996). L'impuissance acquise (*learned helplessness*) chez l'être humain : une présentation théorique. *L'année Psychologique*, 96 (4), 677-702.
- Rippentrop, A.E. (2005). A review of the role of religion and spirituality in chronic pain population. *Rehabilitation Psychology*, 50 (3), 278-284.
- Roberts, L.J., et Ho, R. (1996). Development of an Australian health locus of control scale. *Personality and Individual Differences*, 20 (5), 629-639.

- Roesch, S.C., et Weiner, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness: Do causal attributions matter? *Journal of Psychosomatic Research*, 50 (4), 205-219.
- Romanowich, P., Mintz, J., et Lamb, R.J. (2009). The relationship between self-efficacy and reductions in smoking in a contingency management procedure. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 17 (3), 139-145.
- Rosenfeld, B., Pessin, H., Lewis, C., Abbey, J., Olden, M., Sachs, E., Amakawa, L. Kolva, E., Brescia, R., et Breitbart, W. (2011). Assessing hopelessness in terminally III cancer patients: development of the hopelessness assessment in illness questionnaire. *Psychological Assessment*, 23 (2), 325-336.
- Ross, L.E., Hall, I.J., Fairley, T.L., Taylor, Y.J., et Howard, D.L. (2008). Prayer and self-reported health among cancer survivors in the United States, National Health Interview Survey, 2002. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14 (8), 931-938.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1), 1-28.
- Roussiau, N., et al. (2000). *Psychologie sociale*, Paris : In press éditions.
- Rubin, Z. et Peplau, L.A. (1975). Who believes in a just world? *Journal of Social Issues*, 31 (3), 65-89.
- Ruiller, C. (2007). Construction d'une échelle de la perception du soutien social : premiers résultats d'une étude de cas sur un centre hospitalier. *XVIIIe Congrès de l'AGRH*, Fribourg : Suisse.
- Ruiller, C. (2008). *Le soutien social au travail : conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle*. Thèse de doctorat en Sciences de Gestion. Sous la direction d'ALIS, D. Université de Rennes1.
- Ruzniewski, M. (2009). Le proche et les soignants. *Psycho-Oncology*, 3 (2), 118-124.
- Ruzniewski, M. (1995). *Face à la maladie grave : patients, familles, soignants*, DUNOD : Paris.
- Ruthig, J.C., Chipperfield, J.G., Bailis, D.S., et Perry, R.P. (2008). Perceived control and risk characteristics as predictors of older adults' health risk estimates. *The Journal of Social Psychology*, 148 (6), 667-688.
- Sadoune, A. (2003). Le transfert des compétences en question. *Le Journal des Psychologues*, 213.
- Saldana-Ruiz, N., Clouston, S.A.P., Rubins, M.S., Colen, C.G., et Link, B.G. (2013). Fundamental causes of colorectal cancer mortality in the United States: Understanding the importance of socioeconomic status in creating inequality in mortality. *American Journal of Public Health*, 103 (51), 99-104.
- Saltel, P., Terra, J-L. ? ET Fresco, R. (1992). Troubles psychiques en cancérologie. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37, 675, A-10, 12 p.
- Samaï-Haddadi, D. (juillet-septembre 2007). La passion amoureuse entre psychothérapie et médecine prophétique. *Insaniyat: Revue Algérienne d'Anthropologie et de Sciences Sociales*, 37, 35-44.
- Sanjuán, P., Arranz, H., et Castro, A. (2012). Pessimistic attributions and coping strategies as predictors of depressive symptoms in people with coronary heart disease. *Journal of Health Psychology*, 17 (6), 1-11.
- Sanjuán, P., Pérez, A., Rueda, B., et Ruiz, A. (2008). Interactive effects of attributional styles for positive and negative events on psychological distress. *Personality and Individual Differences*, 45 (2), 187-190.
- Sarradon-Eck, A. (2004). Pour une anthropologie clinique : saisir le sens de l'expérience du cancer. In : Ben Soussan (dir). *Le cancer. Approche psychodynamique chez l'adulte*. Ramonville, St Agne, Eres, 31-45.

- Scherbaum, C.A., Cohen-Charash, Y., et Kern, M.J. (2006). Measuring general self-efficacy: a comparison of three measures using item response theory. *Educational and Measurement*, 66 (6), 1047-1063.
- Scheier, M.F., et Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4 (3), 219-247.
- Scheier, M.F., Carver, C.S., et Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (6), 1063-1078.
- Schinnar, R. (2008). Coping with Negative Social Identity: The case of Mexican Immigrants. *The Journal of Social Psychology*, 148 (5), 553-576.
- Schulman, P., Seligman, M.E.P., et Amsterdam, D. (1987). The Attributional Style Questionnaire is not transparent. *Behaviour Research and Therapy*, 25 (5), 391-395.
- Schulman, P., Seligman, E.P., et Amsterdam, D. (1989). Assessing explanatory style: the content analysis of verbatim explanations and the attributional style questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 25 (5), 391-395.
- Schulz, U., et Mohamed, N.E. (2004). Turning the tide: benefit finding after cancer surgery. *Social Science and Medicine*, 59, 653-662.
- Schützenberger, A.A. (1996). *Vouloir guérir : l'aide au malade atteint d'un cancer*, Paris : La Méridienne.
- Schwarzer, R., et Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. In: J. Weinman, S. Wright & M. Johnson (Ed). *Measures in health psychology: A user's portfolio, Causal and control beliefs*. Windsor, England: NFER-NELSON, 35-37.
- Schwarzer, R., et Renner, B. (2000). Social cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*, 19 (5), 487-495.
- Schwarzer, R., Boehmer, S., Luszczynska, A., Mohamed, N.E. et Knoll, N. (2005). Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Personality and Individual Differences*, 39, 807-818.
- Schwarzer, R., et Hallum, S. (2008). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: mediations analyses. *Applied Psychology*, 57, 152-171.
- Segerstrom, S.C., Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., et Visscher, B.R. (1996). Causal attributions predict rate of immune decline in VIH-Seropositivity gay men. *Health Psychology*, 15 (6), 485-493.
- Segrestan, C., Cousson-Gelie, F., et Bussièrès, E. (2005). Contrôle externe et impuissance/désespoir : impact sur l'ajustement à une biopsie mammaire et au diagnostic de cancer du sein. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4, 292-295.
- Seligman, M.E.P., Abramson, L.Y., Semmel, A., et Von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88 (3), 242-247.
- Seligman, M.E.P., et Maier, S.F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74 (1), 1-9.
- Senon, J.L., Lafay, N., et Richard, D. (1998). Mécanismes d'ajustement au stress. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37-400-C-20, 1-8.

- Sharpe, L., et Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science and Medicine*, 62 (5), 1153-1166.
- Simon, C.E., Crowther, M., et Higginson, H-K. (2007). The stage-specific role of spirituality among african american christian women throughout the breast cancer experience. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13 (1), 26-34.
- Skaalvik, M.E., et Skaalvik, S. (2010). Teacher self-efficacy and teacher burnout: a study of relations. *Teaching and Teacher Education*, 26, 1059-1069.
- Skinner, E.A. (1995). *Perceived control, motivation, and coping*, London: Sage Publication.
- Somerfield, M. et Curbow, B. (1992). Methodological issues and research strategies in the study of coping with cancer. *Social Science and Medicine*, 11.
- Sorrentino, R.M., et Hardy, J. (1970). Religiousness and derogation of an innocent victim. *Journal of Personality*, 42 (5), 372-382.
- Soulan, J. (1997). La profession infirmière en voie d'évolution ? *Sociologie Santé*, 12 (17), 19-27.
- Spalding, A.D. (1995). Racial minorities and other high-risk groups with HIV and AIDS at increased risk for psychological adjustment problems in association with health locus of control orientation. *Social Work in Health Care*, 21 (3), 81-114.
- Spector, P.E. (1986). Perceived control by employees: a meta-analysis of studies concerning autonomy and participation at work. *Human Relations*, 39, 1005-1016.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Cameron, C.L., et Ellis, A.P. (1994). Coping through emotional approach: problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 350-362.
- Stefanek, M., McDonald, P.G., et Hess, S.A. (2005). Religion, spirituality and cancer: current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology*, 14, 450-463.
- Stiefel, F., Rousselle, I., Guex, P., et Bernard, M. (2007). Le soutien psychologique du patient cancéreux en clinique oncologique. *Bulletin du Cancer*, 94 (9), 841-845.
- Stürmer, T., Hasselbach, P., et Amelang, M. (2006). Personality, lifestyle and risk of cardiovascular disease and cancer: Follow-up of population based cohort. *British Medical Journal*, 332 (7554), 1359.
- Tarquinio, C., Tarquinio, M.P. (2007). L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. *Pratiques Psychologiques*, 13, 1-19.
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R., et Wood, J.V. (1984). Attributions, Beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (3), 489-502.
- Tchobroutsky, G. (2006). *Les limites de la médecine*, Paris : l'Harmattan.
- Testé, B. (2009). Norme d'intériorité et libéralisme: impact du contexte de jugement sur la valorisation des explications internes. *Psychologie Française*, 54 (2), 137-152.
- Tinsa, F. (2010). Annonce du diagnostic et rupture biographique. *African Sociological Review*, 14 (2), 3-23.
- Tinsa, F. (2003). *La construction socio-culturelle de la maladie cancéreuse en Tunisie*. Thèse De doctorat en sociologie. Sous la direction de Boukraa, R. Faculté des sciences humaines et sociales de Tunis.

- Tijus, C. (2001). *Introduction à la psychologie cognitive*, Paris : Nathan/HER.
- Todrank Heth, J. et Sommer, E. (2002). Characterizing stress tolerance: "controllability awareness" and its relationship to perceived stress and reported health. *Personality and Individual Differences*, 33 (6), 883-895.
- Tolli, A.P. et Schmidt, A.M. (2008). The role of feedback, causal attributions and self-efficacy in goal revision. *Journal of Applied Psychology*, 93 (3), 692-701.
- Tomaka, J., et Blascovich, J. (1994). Effects of justice beliefs on cognitive appraisal of and subjective, physiological and behavioral responses to potential stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (4), 732-740.
- Touitou, Y. (Dir). (2002). *Sciences humaines*, Paris : Editions Vernazobres.
- Tousignant, M. (1988). Soutien social et santé mentale : une revue de la littérature. *Sciences Sociales et Santé*, 6 (1), 77-106.
- Trottier, C., Trudel, P., et Halliwell, W.R. (2007). Regard nord-américain sur les théories dominantes de l'optimisme et orientations pour des recherches futures en psychologie du sport. *Revue STAPS*, 77 (3), 9-28.
- Trottier, C., Mageau, G., Trudel, P., et Halliwell, W.R. (2008). Validation de la version canadienne-française du Life Orientation Test-Revised. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 40 (4), 238-243.
- Trunzo, J.J., et Pinto, B.M. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (4), 805-811.
- Trzepizur, M. (2008). *Facteurs prédictifs de souffrance psychologique et de qualité de vie à long terme chez des patientes ayant été pour un cancer du sein non métastatique*. Thèse de doctorat en Médecine. Sous la direction de Suzanne, I. Faculté de Médecine de Tours.
- Tusaie, K.R., et Patterson, K. (2006). Relationships among trait, situational, and comparative optimism : clarifying concepts for a theoretically consistent and evidence-based intervention to maximize resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20 (3), 144-150.
- Uchino, B.N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: a life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science*, 4 (3), 236-255.
- Vachon, M.L.S. (2008). Meaning, spirituality and wellness in cancer survivors, *Seminars in oncology Nursing*, 24 (3), 218-225.
- Vahabi, M. (2010). Iranian women's perception and beliefs about breast cancer. *Health Care for Women International*, 31, 817-830.
- Valentier, D.P., Holahan, C.J., et Moos, R.H. (1994). Social support appraisals of events controllability and coping. An integrative model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (6), 1094-1102.
- Vallerand, R.J. (dir). (1994). *Les fondements de la psychologie sociale*, Montréal/Paris : Gaëtan Morin éditeur.
- Vallurupalli, M., Lauderdale, K., Balboni, M.J., Phelps, A.C., Block, S.D., Ng, A.K., Kachnic, L.A., VanderWeele, T.J., et Balboni, T.A. (2012). The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *The Journal of Supportive Oncology*, 10 (2), 81-87.

- Van Dam, H.A., Van Der Horst, F.G., Knoop, L., Ryckman, R.M., Crebolder, H.F.J.M., et Van Den Borne, B.H.W. (2005). Social support in diabetes: a systematic review of controlled intervention studies. *Patient Education and Counseling*, 59 (1), 1-12.
- Vautier, S., Raufaste, E., et Cariou, M. (2003). Dimensionality of the Revised Life Orientation Test and the status of filler items. *International Journal of Psychology*, 38 (6), 390-400.
- Vaux, A., Riedel, S., et Stewart, D. (1987). Modes of Social Support: The Social Support Behaviors (SS-B) Scale. *American Journal of Community Psychology*, 15 (2), 209-232.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., et Stewart, D. (1986). The Support Appraisals (SS-A) Scale: Studies of Reliability and Validity. *American Journal of Community Psychology*, 14 (2), 195-218.
- Vaux, A., et Harrison, D. (1985). Social Network Characteristics Associated with Satisfaction and Perceived Support. *American Journal of Community Psychology*, 13 (3), 245-265.
- Villemain, A., Fontayne, P., et Lévêque, M. (2005). Le SCLACS : adaptation d'une méthode d'analyse des attributions causales spontanées. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 55 (4), 277-289.
- Viret, C.L. (1994). Symptôme somatique d'appel, stress et rupture d'étayage à l'Hôpital Général. *Psychologie Médicale*, 26 (1), 25-27
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D., et Becker, J. 1985). The ways of coping checklist: revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20 (1), 3-26.
- Wachholtz, A. et Sambamoorthi, U. (2011). National trends in prayer use as a coping mechanism for health concerns: changes from 2002-2007. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3 (2), 67-77.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., et DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control Scales (MHLCS). *Health Education Monographs*, 6 (2), 160-170.
- Wallston, B.S., et Wallston, K.A. (1978). Locus of Control and health: a review of the literature. *Health Education Monographs*, 6 (1), 107-117.
- Wallston, K.A., Stein, M.J., et Smith, C.A. (1994). Form C of the MHLCS Scales: A condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 63 (3), 534-553.
- Wallston, K.A., Malcarne, V.L., Flores, L., Hansdottir, I., Smith, C.A., Stein, M.J., Weisman, M.H., et Clements, P.J. (1999). Does God determine your health? The Gold Locus of Health Control scale. *Cognitive Therapy and Research*, 23 (2), 131-142.
- Wills Thomas, A., et O'Carroll Bantum, E. (2012). Social support, self-regulation, and resilience in two populations: general-population adolescents and adult cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31 (6), 568-592.
- Woodward, N.J., et Strudler Wallston, B. (1987). Age and health care beliefs: self-efficacy as a mediator of low desire for control. *Psychology and Aging*, 2 (1), 3-8.
- Yadav, S. (2010). Perceived social support, hope and quality of life of persons living with HIV/AIDS: a case study from Nepal. *Quality of Life Research*, 19 (2), 157-166.
- Yan, J., You, L-M., He, J-G., Wang, J-F., Chen, L., Liu, B-L., Zhou, J-J., Chen, J-H., Jin, S-Y. (2011). Illness perception among Chinese patients with acute myocardial infarction. *Patient Education and counseling*, 85 (3), 398-405.

- Yim Ip. Wan, et Martin, C.R. (2006). The chinese version of the multidimensional health locus of control scale form C in pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 61 (6), 821-827.

- Zaanouni, E., Ben Abdallah, M., Bouchlaka, A., Ben Aissa, R., Kribi, L., M'barek, F., Ben Hamida A., Boussen. H., et Gueddana, N. (2009). Résultats préliminaires et faisabilité du dépistage mammographique du cancer du sein chez les femmes de moins de 50 ans du gouvernorat de l'Ariana en Tunisie. *La Tunisie Médicale*, 87 (7), 443-449.

- Zhou, E.S., Frank, M.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. *The Journal of Supportive Oncology*, 8 (5), 196-201.

- Zozaya, C. (2011). *Déterminants des trajectoires de détresse pendant la première année qui suit l'annonce d'un cancer primitif ou récidivant*. Thèse de doctorat en Psychologie. Sous la direction de Cousson-Gelie, F. Université Bordeaux Segalen.

Sommaire *IN EXTENSO*

Remerciements.....	i
Dédicace.....	iii
Sommaire synthétique.....	iv
Liste des abréviations	vi
Table des figures.....	viii
Table des graphiques	ix
Table des tableaux.....	xi
INTRODUCTION GENERALE	1
PROBLEMATIQUE.....	5
I. CADRE THEORIQUE	
CHAPITRE 1. Modèles théoriques appliqués à la santé et la maladie	14
1. Les modèles socio-cognitifs	15
1.1. Le modèle des croyances de santé (<i>HBM</i>)	15
1.2. La théorie de l'action raisonnée (TAR)	17
1.3. La théorie du comportement planifié (TPB)	18
1.4. La théorie du processus du comportement de santé (HAPA)	19
1.5. Limites des modèles socio-cognitifs	20
2. Modèles prédictifs et explicatifs de la santé et de la maladie	21
2.1. Les modèles linéaires	21
2.1.1. Le modèle biomédical	21
2.1.2. L'approche psychosomatique	22
2.1.3. L'approche épidémiologique.....	22
2.2. Le modèle biopsychosocial.....	23
2.3. Les modèles interactionnistes	24
2.4. Les modèles transactionnels	25
2.4.1. Modèle transactionnel (Lazarus et Folkman, 1984).....	25
2.4.1.1. Phase d'évaluation	26
2.4.1.2. Phase d'ajustement (ou coping).....	28
2.4.2. Le modèle intégratif et multifactoriel (Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994) 30	
CHAPITRE 2. Analyse des concepts	32
1. Le concept de causalité	32

1.1. Origines et définitions du concept de causalité	33
1.1.1. La pensée sociale	33
1.1.2. Les représentations sociales.....	34
1.1.3. Théorie des attributions causales	35
1.1.4. Théorie attributionnelle de la motivation à l'accomplissement de Weiner	38
1.1.4.1. Lieu de causalité	39
1.1.4.2. Stabilité	41
1.1.4.3. Contrôlabilité	41
1.2. Les biais attributifs.....	42
1.3. Différenciation du concept de causalité d'autres apparentés	44
1.3.1. Attributions causales et LOC (Rotter).....	44
1.3.2. Attributions causales et style attributionnel.....	45
1.3.3. Attributions causales et représentations sociales	45
1.4. Mesure et instruments de mesure des attributions causales.....	47
1.5. Recherches réalisées sur les attributions causales	48
1.6. Conclusion	51
2. Le "Locus Of Control" (LOC)	52
2.1. Notion de contrôle.....	52
2.2. Contrôle perçu (CP)	53
2.3. Origines et définitions du concept de LOC	55
2.3.1. Le renforcement	56
2.3.2. La situation psychologique	56
2.3.3. L'expectation	56
2.4. Différenciation entre LOC et contrôle perçu (CP)	58
2.5. Mesure et instruments de mesure du LOC	59
2.5.1. Echelle I/E Rotter.....	59
2.5.2. Echelle de Levenson	59
2.5.3. Echelle de Wallston, Wallston et DeVellis	60
2.6. Recherches réalisées sur le LOC	60
2.7. Conclusion	65
3. Le sentiment d'efficacité personnelle	65
3.1. Origines et définitions du concept	65
3.2. Sources de l'efficacité personnelle	67

3.2.1. Les expériences de maîtrise	67
3.2.2. Les expériences vicariantes	67
3.2.3. Les persuasions verbales	67
3.2.4. Les états physiologiques et émotionnels	68
3.3. Croyances de contrôle	69
3.3.1. Contrôle personnel (ou direct) versus contrôle par procuration.....	69
3.3.2. Contrôle collectif ou auto-efficacité collective	69
3.4. Différenciation du concept d'autres apparentés	70
3.5. Mesure et instruments de mesure de l'efficacité perçue	71
3.6. Recherches réalisées sur le sentiment d'efficacité personnelle	73
3.6.1. Le sentiment d'efficacité personnelle dans le domaine éducationnel	73
3.6.2. Le sentiment d'efficacité personnelle dans le domaine professionnel	73
3.6.3. Le sentiment d'efficacité personnelle dans le domaine de la santé.....	74
3.7. Conclusion	76
4. L'optimisme	76
4.1. Origines et définitions du concept	76
4.1.1. Théorie du style explicatif	77
4.1.2. Théorie de la disposition à l'optimisme	79
4.2. Différenciation du concept d'autres apparentés	81
4.3. Mesure et instruments de mesure de l'optimisme	82
4.3.1. Questionnaire du style attributionnel (Attributional Style Questionnaire ASQ)	82
4.3.2. Analyse de contenu des explications textuelles (Content Analyse of Verbatim Explanations ou CAVE).....	83
4.3.3. Questionnaire du "Life Orientation Test-Revised" (LOT-R).....	83
4.4. Recherches réalisées sur l'optimisme	84
4.5. Conclusion	87
5. Le soutien social perçu	87
5.1. Définitions du soutien social	87
5.2. Aspects du soutien social	88
5.2.1. Le réseau social.....	88
5.2.2. Le soutien social reçu (soutien émotionnel, soutien d'estime de soi, soutien informatif et soutien matériel).....	88

5.2.3. Le soutien social perçu (ou appréciation subjective du soutien).....	89
5.2.3.1. Disponibilité	90
5.2.3.2. Satisfaction	90
5.3. Sources de soutien social	91
5.3.1. Famille et proches	91
5.3.2. Soignants	92
5.3.3. Groupes de soutien	92
5.4. Mesure et instruments de mesure du soutien social perçu	93
5.5. Recherches réalisées sur le soutien social.....	93
5.5.1. Effets directs du soutien social.....	94
5.5.2. Effets indirects du soutien social.....	96
5.5.3. Effets paradoxaux du soutien social.....	98
5.6. Conclusion	99
6. La croyance en un monde juste	99
6.1. Origines et définitions de la croyance en un monde juste.....	99
6.1.1. Le paradigme expérimental (ou expériences fondatrices de la CMJ)	101
6.1.2. Deux niveaux de traitement de l'injustice.....	102
6.2. L'ancrage socio-culturel de la CMJ	103
6.3. L'ancrage religieux de la CMJ	104
6.4. Types de croyance en un monde juste.....	105
6.4.1. Croyance en un monde juste (CMJ) et croyance en un monde injuste (CMI)	106
6.4.2. Croyance en une justice immanente (CJI)	106
6.4.3. Croyance en une justice finale (CJF)	106
6.5. La fonction adaptative de la CMJ	107
6.6. Différenciation du concept	108
6.7. Mesure et instruments de mesure de la CMJ	108
6.8. Recherches réalisées sur la CMJ	109
6.7. Conclusion	112

7. Le "coping"	112
7.1. Origines et définitions du concept	112
7.1.1. Modèle transactionnel du stress et du coping (Lazarus et Folkman, 1984)	112
7.1.2. Le coping en psychologie de la santé	113
7.2. Stratégies de coping	114
7.2.1. Le coping centré sur le problème	115
7.2.2. Le coping centré sur l'émotion	115
7.2.3. Le coping orienté vers la recherche de soutien	115
7.3. Efficacité, inefficacité des stratégies de coping	117
7.4. Les déterminants du coping	118
7.4.1. Les déterminants dispositionnels du coping	118
7.4.1.1. Les déterminants cognitifs	118
7.4.1.2. Les déterminants conatifs	118
7.4.2. Les déterminants situationnels du coping	119
7.4.3. Les déterminants transactionnels du coping	119
7.5. Différenciation du concept d'autres apparentés	120
7.5.1. Coping et adaptation	120
7.5.2. Coping et défense	120
7.6. Mesure et instruments de mesure du coping	121
7.7. Recherches réalisées sur le coping	122
7.8. Conclusion	126
CHAPITRE 3. Modèle intégratif et explicatif de l'ajustement psychologique des malades cancéreux tunisiens	127
1. Composantes du modèle intégratif et explicatif de l'ajustement psychologique des malades cancéreux tunisiens	128
1.1. Facteurs prédictifs	129
1.1.1. Les prédicteurs socio-démographiques	129
1.1.2. Les prédicteurs médicaux	129
1.1.3. Les prédicteurs socio-environnementaux	130
1.2. Processus médiateurs	130
1.2.1. Variable médiatrice	130

1.2.2. Variables modératrices (Attributions causales et sentiment de responsabilité)	131
1.3. Issues adaptatives.....	131
2. Mécanismes explicatifs (ou transactions) dans le modèle intégratif et explicatif de l'ajustement psychologique des malades cancéreux	132
2.1. Place des facteurs.....	132
2.1.1. Prédicteurs	132
2.1.2. Médiateurs	132
2.1.3. Issues	133
2.2. Transactions	133
2.2.1. Rôle de la variable médiatrice	133
2.2.2. Rôle de la variable modératrice	135
2.2.3. Effets de rétroaction.....	136
3. Synthèse du modèle intégratif et explicatif de l'ajustement des malades cancéreux	137
HYPOTHESES.....	140

II. PARTIE EMPIRIQUE

CHAPITRE 4. Outils de mesure et compte rendu de l'étude de terrain.....	141
1. Outils administrés	142
1.1. Outils administrés aux malades : mesure de la causalité, du contrôle perçu et du coping	142
1.1.1. Exploration de la représentation de la maladie cancéreuse, sa causalité, la croyance en un monde juste, religiosité et médecine non conventionnelle chez les malades cancéreux.....	142
1.1.2. Mesure du LOC: "Multidimensional Health Locus of Control Scale"	144
1.1.3. Mesure de l'optimisme : "Revised Life Orientation Test "	145
1.1.4. Mesure du sentiment d'efficacité personnelle : "General self-efficacy Scale"	147
1.1.5. Mesure du soutien social perçu : combinaison entre "Questionnaire de Soutien Social Perçu" et "Social Support Questionnaire"	148
1.1.6. Mesure du coping: "Ways of Coping Checklist"	150
1.2. Outils administrés aux infirmiers : mesure du contrôle perçu et du coping.....	152
1.2.1. Mesure du MHLC, du SEP et de l'optimisme.....	152

1.2.2. Mesure du SSP	153
1.2.3. Mesure du coping	153
1.3. Outils administrés aux proches : exploration de la perception et de la causalité de la maladie cancéreuse	153
2. Compte rendu de l'étude de terrain	154
2.1. Lieu d'étude	154
2.2. Durée de l'enquête	154
3. Echantillon	154
3.1. Patients	155
3.2. Infirmiers	156
3.3. Proches	157
CHAPITRE 5. Analyse de contenu des entretiens	159
1. Etapes techniques de l'analyse de contenu	160
1.1. Préparation du matériel	160
1.1.1. La lecture flottante	160
1.1.2. Choix de l'unité d'analyse	160
1.1.3. Choix de l'unité de contexte	161
1.2. Exploitation du matériel	161
1.2.1. Définitions opérationnelles des catégories	162
1.2.1.1. Thème I : la maladie cancéreuse telle que nommée et représentée par le malade.....	163
1.2.1.2. Thème II : causes de la maladie cancéreuse.....	163
1.2.1.3. Thème III : contrôle perçu de l'évolution de la maladie.....	165
1.2.1.4. Thème IV : coping religieux, médecine non-conventionnelle, hygiène de vie et loisirs.....	168
1.2.1.5. Thème V : croyance en un monde juste	169
1.2.2. Choix de l'unité d'énumération	170
2. Traitement et interprétation des résultats.....	171
CHAPITRE 6. Analyse descriptive	173
1. Nomination et représentation de la maladie cancéreuse (selon les malades et leurs proches)	173
1.1. Présentation de l'échantillon des malades	173
1.2. Nomination de la maladie cancéreuse selon les malades	174

1.3. Représentation de la maladie cancéreuse selon les malades.....	174
1.4. Présentation de l'échantillon des proches	179
1.5. Nomination de la maladie cancéreuse selon les proches	181
1.6. Représentation de la maladie cancéreuse selon les proches	181
2. Analyse descriptive des résultats sur la CMJ chez les patients cancéreux.....	183
2.1. Fréquences de CMJ et de CMI	183
2.1.1. Malades croyants en un monde juste	183
2.1.2. Malades croyants en un monde injuste	183
2.1.3. Malades croyants en un monde juste et un monde injuste	184
2.2. Facteurs liés à la croyance en un monde juste (test de corrélations).....	185
2.2.1. CMJ et LOC (LOC-Interne, LOC-Dieu).....	185
2.2.2. CMJ et SEP	185
2.2.3. CMJ et optimisme/pessimisme	186
CHAPITRE 7. Purification des outils (ACP et AFC).....	187
1. Purification des échelles de mesure destinées aux malades (ACP).....	187
1.1. "Multidimensional Health Locus of Control Scale" (MHLC)	188
1.1.1. MHLC-Interne	188
1.1.2. MHLC-Chance	190
1.1.3. MHLC-Dieu.....	191
1.1.4. MHLC-Entourage	192
1.2. "Revised Life Orientation Test " (LOT-R)	192
1.3. "General self-efficacy Scale" (GSE)	194
1.4. "Ways of Coping Checklist" (WCC)	196
1.4.1. Coping centré sur l'émotion	196
1.4.2. Coping centré sur le problème	198
1.4.3. Coping orienté vers la recherche de soutien.....	199
2. Purification des échelles de mesure destinées aux infirmiers (ACP).....	200
2.1. "Multidimensional Health Locus of Control Scale" (MHLC)	200
2.1.1. MHLC-Interne	200
2.1.2. MHLC-Personnes significatives.....	201
2.1.3. MHLC-Destin et Chance	202

2.1.4. MHLC-Dieu	203
2.2. "Revised Life Orientation Test " (LOT-R)	204
2.3. "General self-efficacy Scale" (GSE)	206
2.4. "Ways of Coping Checklist" (WCC)	207
2.4.1. Coping centré sur l'émotion	207
2.4.2. Coping centré sur le problème	209
2.4.3. Coping orienté sur la recherche de soutien	210
3. AFC appliquée aux résultats obtenus de l'entretien avec les proches (thème 2)	212
CHAPITRE 8. Test des hypothèses, résultats et interprétation des résultats : test de la 1^{ère} hypothèse	214
1. Analyse descriptive des résultats du coping chez les malades et les infirmiers.....	215
2. Effet des déterminants personnels sur le choix de stratégies du coping	217
2.1. Effet du NSC (élevé, moyen et bas) sur le choix des stratégies de coping.....	217
2.2. Effet de l'âge (-45 ans/+45 ans) sur le choix de stratégies de coping	217
2.3. Effet du genre (Homme/Femmes) sur le choix des stratégies de coping	217
3. Effet de la perception des proches des causes du cancer sur le choix de stratégies du coping	218
4. Effet de la particularité de la maladie (type de cancer : sein/colorectal) sur le choix des stratégies du coping.....	218
CHAPITRE 9. Test des hypothèses, résultats et interprétation des résultats : test de la 2^{ème} hypothèse	219
1. Effet médiateur du degré d'optimisme	220
1.1. Effet des déterminants personnels sur le choix de stratégies du coping médiatisé par l'optimisme	220
1.1.1. Effet du NSC sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le degré d'optimisme	220
1.1.1.1. Effet du NSC sur le choix du coping centré sur le problème médiatisé par l'optimisme	220
1.1.1.2. Effet du NSC sur le choix du coping centré sur l'émotion médiatisé par l'optimisme	221
1.1.1.3 Effet du NSC sur le choix du coping centré sur la recherche de soutien médiatisé par l'optimisme	221

1.1.2. Effet de l'âge sur le choix des stratégies du coping médiatisé par l'optimisme	222
1.1.3. Effet du genre sur le choix des stratégies du coping médiatisé par l'optimisme	222
1.2. Effet de la particularité de la maladie (type de cancer) sur le choix de stratégies du coping médiatisé par l'optimisme	222
1.3. Effet de la perception des proches des causes du cancer sur le choix des stratégies du coping médiatisé par l'optimisme	223
2. Effet médiateur du sentiment d'efficacité personnelle (SEP)	223
2.1. Effet des déterminants personnels sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le SEP	224
2.1.1. Effet du NSC sur le choix de stratégies de coping médiatisé par le degré du SEP	224
2.1.2. Effet de l'âge sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le degré du SEP	224
2.1.3. Effet du genre sur le choix des stratégies de coping médiatisé par du degré du SEP	225
2.2. Effet de la particularité de la maladie (type de cancer) sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le degré du SEP	225
2.3. Effet de la perception des proches des causes du cancer sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le degré du SEP	226
3. Effet médiateur du LOC de l'évolution de la maladie cancéreuse	226
3.1. Effet médiateur du LOC Interne sur le choix des stratégies de coping	226
3.1.1. Effet des déterminants personnels sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le LOC-Interne	227
3.1.1.1. Effet du NSC sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le LOC-Interne.....	227
3.1.1.2. Effet de l'âge sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le LOC-Interne.....	227
3.1.1.3. Effet du genre sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Interne.....	228
3.1.2. Effet de la particularité de la maladie (type de cancer) sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le LOC-Interne	228
3.1.3. Effet de la perception des proches des causes du cancer sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Interne	229

3.2. Effet médiateur du LOC-Médecin sur le choix des stratégies de coping	229
3.2.1. Effet des déterminants personnels sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le LOC-Médecin.....	229
3.2.1.1. Effet du NSC sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le LOC-Médecin	229
3.2.1.2. Effet de l'âge sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le LOC-Médecin	230
3.2.1.3. Effet du genre sur le choix des stratégies du coping médiatisé par le LOC- Médecin	230
3.2.2. Effet de la particularité de la maladie (type de cancer) sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Médecin	231
3.2.3. Effet de la perception des proches des causes du cancer sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Médecin	232
3.3. Effet médiateur du LOC-Entourage sur le choix des stratégies de coping.....	232
3.3.1. Effet des déterminants personnels sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Entourage	232
3.3.1.1. Effet du NSC sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Entourage.....	232
3.3.1.2. Effet de l'âge sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Entourage.....	233
3.3.1.3. Effet du genre sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Entourage.....	233
3.3.2. Effet de la particularité de la maladie (type de cancer) sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Entourage	234
3.3.3. Effet de la perception des proches des causes du cancer sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Entourage	234
3.4. Effet médiateur du LOC-Dieu sur le choix des stratégies de coping	234
3.4.1. Effet des déterminants personnels sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Dieu.....	234
3.4.1.1. Effet du NSC sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Dieu	234
3.4.1.2. Effet de l'âge sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Dieu	235
3.4.1.3. Effet du genre sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Dieu	235

3.4.2. Effet de la particularité de la maladie (type de cancer) sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Dieu.....	235
3.4.3. Effet de la perception des proches des causes du cancer sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Dieu.....	236
3.5. Effet médiateur du LOC-Chance sur le choix des stratégies de coping.....	236
3.5.1. Effet des déterminants personnels sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Chance	236
3.5.1.1. Effet du NSC sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Chance	236
3.5.1.2. Effet de l'âge sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Chance	237
3.5.1.3. Effet du genre sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Chance	237
3.5.2. Effet de la particularité de la maladie (type de cancer) sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Chance	238
3.5.3. Effet de la perception des proches des causes du cancer sur le choix des stratégies de coping médiatisé par le LOC-Chance	238
4. Effet médiateur du soutien social perçu (SSP)	238
4.1. Analyse descriptive de la satisfaction des malades par rapport aux différents types de soutien et leurs sources	239
4.1.1. Perception des malades des sources disponibles du soutien social	239
4.1.2. Satisfaction par rapport aux types de soutien	240
4.1.2.1. Satisfaction des malades par rapport au soutien social perçu.....	240
4.1.2.2. Satisfaction des infirmiers par rapport au soutien social offert.....	241
4.1.3. Disponibilité des sources par type de soutien.....	242
4.1.4. Moyenne de sources disponibles correspondant aux malades satisfaits/insatisfaits par rapport au SSP	243
4.2. Effet des variables indépendantes sur le choix des stratégies de coping médiatisé par la satisfaction par rapport au SSP	245
4.2.1. Effet des déterminants personnels sur le choix des stratégies de coping médiatisé par la satisfaction par rapport au SSP	246
4.2.1.1. Effet du NSC sur le choix des stratégies du coping médiatisé par la satisfaction par rapport au SSP	246

4.2.1.2. Effet de l'âge sur le choix des stratégies de coping médiatisé par la satisfaction par rapport au SSP	248
4.2.1.3. Effet du genre sur le choix des stratégies de coping médiatisé par la satisfaction par rapport au SSP	249
4.2.2. Effet de la particularité de la maladie (type de cancer) sur le choix des stratégies de coping médiatisé par la satisfaction par rapport au SSP	250
4.3.3. Effet de la perception des proches des causes du cancer sur le choix des stratégies du coping médiatisé par la satisfaction par rapport au SSP	251
CHAPITRE 10. Test des hypothèses, résultats et interprétation des résultats : test de la 3^{ème} hypothèse	253
1. Effet modérateur des attributions causales (internes et externes)	254
2. Effet modérateur du sentiment de responsabilité	254
CHAPITRE 11. Discussion des résultats	256
1. Effets directs des déterminants personnels, médicaux et environnementaux sur le choix des stratégies de coping.....	256
1.1. Effet des déterminants personnels (NSC, âge, genre)	256
1.2. Effet des déterminants médicaux (type de cancer : sein/colorectal) sur le choix des stratégies de coping.....	260
1.3. Effet des déterminants environnementaux sur le choix des stratégies de coping	260
2. Coping "religieux", "recours non-conventionnels", "épanouissement" et "hygiène de vie".....	261
2.1. Coping "religieux"	261
2.2. Coping "recours non-conventionnels"	262
2.3. Coping "épanouissement"	263
2.4. Coping "hygiène de vie"	264
3. Effets des déterminants personnels et médicaux sur le choix du coping médiatisé par le contrôle perçu	264
3.1. Effet des déterminants personnels et médicaux sur le choix du coping médiatisé par l'optimisme	264
3.2. Effet des déterminants personnels et médicaux sur le choix du coping médiatisé par le SEP.....	266
3.3. Effets des déterminants personnels et médicaux sur le choix du coping médiatisé par le LOC.....	268
3.3.1. Effet des déterminants personnels et médicaux sur le choix du coping médiatisé par le LOC-Interne	268

3.3.2. Effet des déterminants personnels et médicaux sur le choix du coping médiatisé par les LOC-Enterne (médecin, entourage, chance et Dieu)	269
3.4. Effets des déterminants personnels et médicaux sur le choix du coping médiatisé par la satisfaction par rapport au SSP	281
4. Représentation de la maladie de cancer et ajustement psychologique	284
5. CMJ et maladie de cancer	285
6. Effet du NSC sur le choix du coping modéré par la causalité perçue.....	286
CONCLUSION GENERALE	288
BIBLIOGRAPHIE.....	292
SOMMAIRE <i>IN EXTENSO</i>.....	315

Résumé

Cette recherche se propose trois objectifs: il s'agit, premièrement, de dégager les représentations et les causes que les patients tunisiens attribuent à la pathologie cancéreuse. Deuxièmement, de déceler les croyances en matière de contrôle perçu pour ce qui est de l'évolution de la maladie. Enfin, de chercher l'effet direct, médiatisé ou modéré d'un ensemble de variables personnelles, médicales et environnementales sur le coping de ces patients. Les résultats auxquels nous avons abouti, au moyen d'une étude quantitative, mettent en évidence l'effet direct du niveau socio-culturel du patient sur le choix du coping centré sur le problème. Cet effet se trouve médiatisé partiellement par un Lieu de contrôle-médecin, un fort sentiment d'efficacité personnelle et une tendance vers l'optimisme. En outre, une étude qualitative a fait émerger des notions comme celle d'optimisme réaliste, du coping religieux et de la croyance en un monde juste. De tels résultats sont en faveur de la conception et de la mise en place de programmes de formation et de développement des ressources humaines afin de promouvoir le système de santé du pays.

Mots clés : *attributions causales, contrôle perçu, croyance en un monde juste, coping, cancer.*

Abstract

This research proposes three objectives: the first one consists in bringing out the representations and the causes that the Tunisian patients attribute to the cancerous pathology. The second is to identify the beliefs concerning the perceived control of the disease evolution. Finally, the third objective is to seek the direct, mediate or moderate effect of a set of personal, medical and environmental variables on the coping of these patients. The results which we have come to, by means of a quantitative study, highlight the direct effect of the socio-cultural level of the patient on the choice of the problem-focused coping. This effect is partially mediated by a doctor-health locus of control, a strong personal perceived efficacy and a tendency towards optimism. In addition, a qualitative study has led to the appearance of notions such as realistic optimism, religious coping and belief in a just world. Such results support both the conception and the establishment of programs for the training and the development of human resources in order to promote the country's health system.

Key-Words: *causal attributions, perceived control, belief in a just world, coping, cancer.*