



Disponible en ligne sur [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

**SciVerse ScienceDirect**

et également disponible sur [www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



Article original

# Évolution du contrôle religieux la première année suivant l'annonce d'un cancer du sein : quels liens avec les stratégies de coping, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie ?<sup>☆</sup>

*Changes in religious control during the first year after the diagnosis of breast cancer: Association with anxiety, depression and quality of life?*

F. Cousson-Gélie<sup>1</sup>

EA 4556 Dynamique des capacités humaines et des conduites de santé, laboratoire Epsilon, département de psychologie, université Montpellier 3, route de Mende, 34199 Montpellier, France

## INFO ARTICLE

Historique de l'article :  
Reçu le 17 janvier 2011  
Accepté le 22 janvier 2012

Mots clés :  
Contrôle religieux  
Coping  
Anxiété  
Dépression  
Cancer du sein

## RÉSUMÉ

Cette étude se centre sur les relations entre le contrôle religieux, le coping, la détresse psychologique et la qualité de vie de patientes atteintes d'un cancer du sein. Cent dix-sept patientes ont complété quatre questionnaires d'auto-évaluation au moment de la chirurgie, puis un, quatre, sept, dix et 13 mois après la première évaluation. Les résultats montrent que le contrôle religieux diminue durant les quatre premiers mois du traitement, puis se stabilise. De plus, le maintien du contrôle religieux est associé à une diminution de l'impuissance-désespoir, du déni, de l'évitement et des préoccupations anxieuses et à une meilleure qualité de vie émotionnelle et physique à tous les temps de l'étude. Nous ne trouvons aucune association avec l'anxiété ou la dépression.

© 2012 Société française de psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

<sup>☆</sup> Thèmes de recherche : qualité de vie, stratégies d'ajustement, soutien social et perception de contrôle des patients cancéreux et leur famille.

Adresse e-mail : [florence.cousson-gelie@univ-montp3.fr](mailto:florence.cousson-gelie@univ-montp3.fr)

<sup>1</sup> Professeur de psychologie.

## A B S T R A C T

*Keywords:*

Religious control  
Coping  
Anxiety  
Depression  
Breast cancer

The aim of this study was to examine the evolution of perception of religious control during the first year after breast cancer diagnosis and to establish how this evolution could have an effect on coping strategies, psychological distress and quality of life. One hundred and seventeen patients completed four self-reports questionnaires at surgery time and 1, 4, 7, 10, 13 months after the first assessment. Findings showed that religious control declined during the first 4 months treatment, although it is stable after. Furthermore, maintenance of religious control was associated with lower helplessness-hopelessness, denial, anxious preoccupations and avoidance and with better emotional and physical quality of life at all times of the study. We found no association with anxiety or depression.

© 2012 Société française de psychologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Malgré les progrès thérapeutiques de ces dernières années, le cancer est une maladie qui continue à préoccuper les Français. Ainsi, 92,3% des Français citent spontanément le cancer parmi les trois maladies qu'ils jugent les plus graves, loin devant le sida (65,2%) et les maladies cardiovasculaires (30,1%) (Beck et al., 2005). Le cancer est également une maladie qui fait peur puisqu'il est craint par 54,9% des Français, arrivant en seconde position sur une liste de risques et de maladies, après les accidents de la circulation (58,1%). La plupart des patients confrontés au cancer éprouve de la peur et de l'incertitude quant à leur devenir (White, 2004) et ils perçoivent cette période qui suit l'annonce du diagnostic comme étant peu contrôlable (Thompson et al., 1993).

Depuis quelques années, de nombreux travaux prennent en compte la perception de contrôle de la maladie comme étant un élément important de l'ajustement psychologique à un cancer. Le contrôle perçu consiste à croire que l'évolution de la maladie dépend soit de facteurs internes (comportements personnels, styles de vie), soit de facteurs externes (hasard, destin). Dans le cadre de la théorie transactionnelle du stress développée par Lazarus et Folkman (1984), le contrôle perçu est un processus perceptivocognitif correspondant à l'évaluation par le sujet de ses ressources et de ses capacités à contrôler ou non la situation. Le concept de contrôle perçu appliqué au cancer est en général envisagé par les auteurs comme étant multidimensionnel. Ainsi, Pruyon et al. (1988) ont décrit trois dimensions :

- la première dimension concerne l'attribution causale interne qui désigne les croyances selon lesquelles son propre comportement, son style de vie, sa personnalité ont pu favoriser l'apparition de la maladie ;
- la deuxième dimension concerne le contrôle sur l'évolution de la maladie qui désigne les croyances selon lesquelles son propre comportement ou le soutien de son entourage peuvent avoir un effet protecteur vis-à-vis de l'évolution de la maladie ;
- la troisième dimension concerne le contrôle religieux qui correspond au fait de croire qu'un Dieu peut avoir un rôle dans l'apparition ou l'évolution de la maladie.

Les études réalisées à partir de ces dimensions montrent que les patients pensant contrôler l'évolution de leur maladie présentent moins de douleurs et moins de troubles anxiodépressifs que ceux qui ont un faible contrôle perçu (Pruyon et al., 1988 ; Taylor et al., 1984 ; Watson et al., 1990). Dans une étude prospective menée auprès de 70 femmes venant d'apprendre qu'elles sont atteintes d'un cancer du sein et qui ont été suivies durant six mois, Osowiecki et Compas (1999) observent que le contrôle perçu et l'utilisation d'un coping centré sur le problème prédisent un bon ajustement psychologique ultérieur. En revanche, les résultats concernant le contrôle religieux chez les personnes atteintes de cancer sont rares et contradictoires. Ainsi, dans une étude longitudinale antérieure (Cousson-Gélie et al., 2005a), nous avons montré que le contrôle religieux (évalué avec l'échelle de Pruyon et al., 1988) évalué chez 75 femmes atteintes d'un cancer du sein est associé à un faible niveau

de stress perçu alors qu'une étude transversale menée auprès de 34 patients atteints d'un cancer de la prostate a montré que ceux qui ont associé leur maladie à la colère de Dieu présentaient une mauvaise qualité de vie émotionnelle et sociale (Gall, 2004).

On peut tenter d'expliquer les résultats divergents par le fait que le contrôle perçu spécifique au cancer se modifie avec le temps. En effet, les études de Gall (2004) et Cousson-Gélie et al. (2005a, 2005b) n'avaient pas pris en compte l'évolution des croyances religieuses dans leurs études. Cela a été fait dans des études plus récentes, mais uniquement pour le contrôle perçu et non pour le contrôle religieux. Ainsi, Ranchor et al. (2010) ont évalué l'évolution du contrôle perçu en le mesurant avant le diagnostic du cancer et trois fois pendant la première année suivant le diagnostic (deux, six et 12 mois) chez 99 patients atteints de cancer. Les résultats montrent que le contrôle perçu diminue avant et après le diagnostic, et que cette diminution est associée à une augmentation du sentiment de détresse, et ce quelle que soit la gravité objective de la maladie. De plus, ils ont montré que le fait de maintenir constant le contrôle perçu est associé à une diminution de la détresse, mais uniquement chez les patientes traitées par chimiothérapie (Henselmans et al., 2009).

Il semble donc nécessaire de clarifier le rôle adaptatif du contrôle religieux chez les patients atteints de cancer, d'autant plus que, dans d'autres maladies chroniques, les croyances et les pratiques religieuses et spirituelles sont associées à une bonne qualité de vie et parfois à une diminution de la mortalité (Ironson et al., 2002 ; Laubmeier et al., 2004). De même, des études menées chez des individus ayant été confrontés à divers événements stressants ont montré que ceux qui les relient à des croyances spirituelles ou religieuses ont des niveaux moins élevés de dépression (Ai et al., 1998 ; McIntosh et al., 1993 ; Smith et al., 2003).

Par ailleurs, les mécanismes expliquant ce lien entre, d'une part, l'évolution du contrôle religieux et, d'autre part, l'augmentation de la détresse et l'amélioration de la qualité de vie sont encore mal connus. Il est relativement bien établi qu'une absence de perception de contrôle est associée à l'utilisation de stratégies de coping centrées sur l'émotion qui favoriseraient une augmentation de la détresse (Folkman et Moskowitz, 2004). Chez des femmes qui ont eu un cancer du sein dans les cinq années auparavant, Gall (2000) a montré que celles qui ont rapporté une présence et une relation positive avec Dieu pendant leur maladie ont davantage utilisé de stratégies de coping centrées sur le problème. On peut donc s'attendre à ce qu'il en soit de même pour le contrôle religieux, bien que ces auteurs n'aient pas pris en compte l'évolution dans le temps de ces variables.

Ainsi, aucune étude à notre connaissance n'a envisagé l'évolution de l'utilisation du contrôle religieux dans le temps, ni l'impact de cette évolution sur la modification des stratégies de coping et de la qualité de vie chez des femmes atteintes d'un cancer du sein. Notre étude va donc, d'une part, appréhender l'évolution dans le temps de l'utilisation du contrôle religieux et, d'autre part, montrer que cette évolution du contrôle religieux a un effet sur l'évolution de la détresse émotionnelle, des stratégies de coping et de la qualité de vie des patientes. Notre première hypothèse est que l'utilisation du contrôle religieux diminue au cours de cette première année. Notre seconde hypothèse est que l'augmentation ou le fait de maintenir constante l'utilisation contrôle religieux est associée à l'utilisation de plus de stratégies coping centrées sur le problème et à une amélioration de la qualité de vie et de l'ajustement émotionnel des patientes.

## 1. Méthode

### 1.1. Participants

L'échantillon est constitué de 117 patientes atteintes d'un premier cancer du sein. Ces patientes sont âgées de 31 à 77 ans avec une moyenne de 56,19 ans (écart-type = 10,33). La plupart sont mariées ou vivent maritalement (74,5%), la majorité ont un niveau CAP-BEP ou n'ont pas fait d'études (52,7%), mais 27,3% d'entre elles ont un niveau de plus de deux ans d'études après le baccalauréat. Près de la moitié des patientes est active professionnellement (49,1%) et 43% sont à la retraite à l'entrée dans l'étude. L'ensemble des données sociodémographiques et médicales sont présentées dans le [Tableau 1](#).

**Tableau 1**  
Caractéristiques sociodémographiques et médicales des patientes (n = 117).

	Moyenne (écart-type) ou pourcentage
Âge	56,19 (10,33)
<i>Situation familiale</i>	
Vie seule	20,9
Séparée	4,5
Mariée ou vie maritale	74,5
<i>Niveau d'études</i>	
Pas d'études	11,8
CAP-BEP	40,9
Baccalauréat	20
BAC +2	10,9
BAC +3 et plus	16,4
<i>Engagement professionnel</i>	
ans profession	1,9
En activité	49,1
En recherche d'emploi	9,1
Retraité	43
<i>Caractéristiques médicales</i>	
Taille de la tumeur <sup>a</sup>	
T0	2,9
T1	68,9
T2	23,3
T3	3,9
T4	1
Envahissement ganglionnaire <sup>b</sup>	
N0	62,7
N1	30,4
N2	4,9
N3	2
Grade histologique <sup>c</sup>	
Grade 1	28
Grade 2	47
Grade 3	25
<i>Type de chirurgie</i>	
Tumorectomie	72,7
Mastectomie	27,3
<i>Traitements adjuvants</i>	
Chimiothérapie	38,2
Radiothérapie	78,2
Hormonothérapie	61,8
Herceptine	11,8

<sup>a</sup> La taille de la tumeur (T) est exprimée en T0, taille inférieure à 2 cm ; T1 : tumeur de 2 cm au maximum ; T2 : tumeur comprise entre 2 et 5 cm ; T3 : tumeur de plus de 5 cm ; T4 : tumeur de toute taille avec une extension directe à la paroi thoracique ou à la peau.

<sup>b</sup> L'envahissement ganglionnaire (N) est exprimé en N0 : absence de ganglions axillaires homolatéraux palpables ; N1 : présence de ganglions lymphatiques axillaires homolatéraux mobiles ; N2 : ganglions axillaires homolatéraux fixés en bloc ou à d'autres organes et considérés comme envahis ; N3 : ganglions sus ou rétroclaviculaires homolatéraux considérés comme envahis, œdème du bras.

<sup>c</sup> La classification histologique est un indicateur de pronostic où le grade 1 correspond à un pronostic favorable, le grade 2 à un pronostic moyen et le grade 3 à une évolution péjorative.

## 1.2. Procédure

Les patientes ont été rencontrées au moment de leur hospitalisation à l'institut Bergonié (centre régional de lutte contre le cancer de Bordeaux) par un psychologue qui leur a expliqué l'étude et

a recueilli le consentement éclairé. Les critères d'inclusion des participants à cette recherche étaient d'être une femme, de devoir subir une intervention chirurgicale du sein, de ne pas présenter de troubles psychiatriques majeurs et d'être âgé de plus de 18 ans. Ont été exclues les femmes ne comprenant ou ne lisant pas le français, qui avaient déjà eu un cancer ou une chimiothérapie avant la chirurgie. Sur les 207 patientes à qui la recherche a été proposée, 46 patientes (22%) ont refusé et 161 ont accepté de participer. Trente-quatre patientes ont été exclues de l'étude, 19 pour qui la chirurgie a révélé une tumeur bénigne du sein et 15 qui n'ont pas complété les évaluations à tous les temps de l'étude.

La période d'inclusion des patientes a été de 14 mois, la durée de participation pour la patiente a été de 13 mois. Les patientes ont été rencontrées à différents temps de leur maladie : au moment de la chirurgie (T0), un mois et quatre mois après (T1, T2), ce qui correspond aux temps des traitements à l'hôpital (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie), puis sept, dix et 13 mois après la chirurgie (T3, T4 et T5) qui correspond à la période de reprise d'une vie plus active. La détresse émotionnelle et la qualité de vie ont été évaluées aux six temps de l'étude, alors que le contrôle religieux et les stratégies de coping ont été évalués aux cinq derniers temps. Nous n'avons pas évalué le contrôle religieux et le coping au moment de la chirurgie car, pour certaines femmes, le diagnostic n'était confirmé qu'après la chirurgie. Nous ne pouvions donc pas évaluer leur perception de contrôle et la façon dont elles faisaient face au cancer à ce moment là.

### 1.3. Matériel

Le contrôle religieux a été évalué avec l'échelle de contrôlabilité spécifique à la maladie, Cancer Locus of Control Scale ([CLCS] de [Pruyn et al., 1988](#)) qui a été construite pour mesurer la perception de contrôle de leur maladie chez des patients cancéreux. Cette échelle a fait l'objet d'une validation sur une population hollandaise ([Pruyn et al., 1988](#)) puis anglo-saxonne ([Watson et al., 1990](#)) et sur une population française de patientes atteintes d'un cancer du sein ([Cousson-Gélie et al., 2005a, 2005b](#)). Le contrôle religieux est une des trois dimensions mesurées par cette échelle. Pour chacun des trois items (item 1 : Dieu peut certainement influencer le cours de ma maladie ; item 2 : ma religion a une influence sur le cours de ma maladie ; item 3 : je suis devenue malade parce que Dieu en a décidé ainsi) mesurant le contrôle religieux, le sujet est invité à indiquer son degré d'accord, selon une échelle de type Likert (pas du tout d'accord, pas d'accord, d'accord, tout à fait d'accord). Il est à noter que les items qui constituent cette échelle sont à la fois positifs et négatifs quant au rôle de la religion vis-à-vis de la maladie. Les scores varient de 3 à 12 et un score élevé indique que le sujet croit que Dieu a une influence sur le déclenchement et le devenir de la maladie.

Les stratégies de coping élaborées pour faire face à un cancer sont évaluées avec la Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC) de [Watson et al. \(1988\)](#), dont une validation auprès de patients français atteints de cancer a confirmé les qualités psychométriques ([Cayrou et al., 2003](#)). Elle permet d'évaluer dans quelle mesure un patient adopte une stratégie centrée sur le problème, comme l'esprit combatif ou des stratégies centrées sur l'émotion, comme l'impuissance-désespoir, les préoccupations anxieuses, l'évitement et la dénégation.

L'anxiété et la dépression ont été évaluées avec la Hospitalized Anxiety Depression Scale (HADS) de [Zigmond et Snaith \(1983\)](#). Afin d'éviter une surévaluation de la dépression ou de l'anxiété, tous les symptômes pouvant être dus à des problèmes somatiques comme les céphalées, les insomnies, le manque d'énergie et la fatigue ont été exclus. Cette échelle a été traduite en français et validée par [Lépine et al., 1985](#) tandis que [Razavi et al. \(1989\)](#) ont éprouvé sa validité de construit chez 228 patients francophones atteints de cancer. Cette échelle est composée de 14 items, sept items évaluent l'anxiété (HADS-A) et sept items évaluent la dépression (HADS-D). Les sujets sont invités à décrire leurs sentiments au cours de la semaine passée sur une échelle de type Likert en quatre points. Les scores s'échelonnent de 0 à 21 pour chaque échelle. Un score élevé indique la présence de symptômes anxieux et/ou dépressifs. D'après dix études effectuées auprès d'un total de 1803 patients atteints de cancers ([Bjelland et al., 2002](#)), le seuil optimal permettant de détecter les cas certains de développer une symptomatologie anxieuse est de 9 (avec une sensibilité moyenne de 0,72 et une spécificité moyenne de 0,81). Pour une symptomatologie dépressive, le seuil est de 8 (avec une sensibilité moyenne de 0,66 et une spécificité moyenne de 0,83).

La qualité de vie a été évaluée avec le Quality of Life Questionnaire-C30 (QLQ-C30) développé par l'European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) pour des patients atteints de cancer (Aronson et al., 1993). Il est composé de 30 items et mesure 12 dimensions de la qualité de vie : cinq échelles fonctionnelles (état physique, les limitations en ce qui concerne les activités, état cognitif, état émotionnel, les relations sociales), neuf échelles mesurant la présence ou non de symptômes (nausées, douleurs, fatigue, dyspnée, insomnie, perte d'appétit, constipation, diarrhée, difficultés financières) et deux échelles globales évaluant l'état général et la qualité de vie. Pour les 28 premiers items, le sujet doit indiquer si, au cours de la semaine passée, il a été limité dans ses activités quotidiennes, il a éprouvé des difficultés physiques, cognitives, émotionnelles, relationnelles ou financières selon une échelle de type Likert à quatre points (pas du tout, un peu, assez, beaucoup). En ce qui concerne les deux derniers items, le sujet est invité à indiquer, sur une échelle analogique en sept points (de très mauvais à excellent), comment il évalue l'ensemble de son état physique et de sa qualité de vie au cours de la semaine passée. Les scores sont standardisés sur une échelle comprise entre 0 et 100. Un score élevé aux échelles fonctionnelles et globales indique une bonne qualité de vie alors qu'un score élevé aux échelles symptomatologiques indique la présence de nombreux symptômes.

#### 1.4. Analyses statistiques

Compte tenu de la distribution de la variable contrôle religieux qui est asymétrique positive (taux d'asymétrie de 1,44 à 1,91) et leptokurtique (taux d'aplatissement de 1,13 à 4,37) à tous les temps de l'étude, nous avons utilisé le test non paramétrique des rangs de Friedman pour  $k$  échantillons permettant d'estimer l'évolution dans le temps d'une variable ordinale (Howell, 1998).

Des analyses de régressions multiples hiérarchiques ont été menées afin d'examiner les relations entre les changements du contrôle religieux et les changements des stratégies de coping des patientes à T3, T4 et T5. Les changements entre T1 et T2 ont été calculés en soustrayant les valeurs obtenues à T1 à celles obtenues à T2. Une valeur positive indique une augmentation du contrôle religieux alors qu'une valeur négative indique une perte de contrôle. Afin de tester si ces relations ne sont pas dépendantes de certains prédicteurs sociodémographiques et médicaux, nous avons répété ces analyses de régression multiple en entrant des variables médicales ou sociodémographiques au Pas n° 1. Nous avons sélectionné au préalable les variables sociodémographiques (âge, niveau d'études, situation familiale, engagement professionnel) et médicales (taille de la tumeur, envahissement ganglionnaire, type de chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) ayant un effet sur les stratégies de coping, la qualité de vie et l'ajustement émotionnel à l'aide d'analyses bivariées (corrélations). Au Pas n° 2, est entrée la valeur initiale afin d'évaluer les changements de stratégies de coping entre les différents temps d'évaluation. Enfin, au Pas n° 3 est ajouté le différentiel entre les différents temps (T1-T2, T1-T3, T1-T4, T1-T5, T2-T3, T2-T3, etc.) du contrôle religieux. Nous avons réitéré ces analyses de régressions multiples hiérarchiques pour tester les effets du changement du contrôle religieux sur les changements de la qualité de vie, de l'anxiété et de la dépression au cours de la première année qui suit l'annonce du diagnostic. Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel SPSS 18.

## 2. Résultats

### 2.1. Statistiques descriptives de l'échelle de contrôle religieux

La répartition des scores aux différents temps de l'étude montre qu'une grande partie des femmes (près de 60%) ne sont pas du toutes d'accord avec le fait que la religion ait une influence dans l'apparition et l'évolution de la maladie (Tableau 2). Un très petit nombre de patientes pense que la religion peut influencer pour une part importante.

La valeur du test des rangs de Friedman pour  $k$  échantillons non indépendants ( $X^2_f(4) = 13,3$ ;  $p = 0,01$ ), nous permet de rejeter l'hypothèse nulle et de conclure que les scores de contrôle religieux diminuent au fil du temps et plus particulièrement dans les quatre premiers mois du traitement (rang moyen de 3,26 à T1 ; de 3,02 à T2 et de 2,91 à T3), à partir de sept mois après le traitement, ils sont stables (Tableau 2).

**Tableau 2**  
Statistiques descriptives du contrôle religieux aux cinq temps de l'étude.

Contrôle religieux	T1	T2	T3	T4	T5	X <sup>2</sup> <sub>f</sub>
<i>Scores</i>						
=3	82 <sup>a</sup> (60,3 <sup>b</sup> )	71 (56,3)	72 (59,5)	74 (60,7)	71 (60,5)	
>3, ≤ 6	23 (16,9)	29 (30,9)	36 (29,7)	35 (28,7)	33 (28,2)	
>6, ≤ 8	23 (16,9)	14 (11,1)	11 (9,2)	11 (9)	11 (9,4)	
≥ 10	8 (5,9)	2 (1,6)	2 (1,2)	2 (1,6)	2 (1,8)	
<i>Rang moyen</i>	3,26	3,02	2,91	2,91	2,91	13,33**
<i>Nombre total de sujets</i>	136	126	121	122	117	

\*\*  $p < 0,01$ .

<sup>a</sup> Nombre de sujets.

<sup>b</sup> Pourcentage de sujets.

## 2.2. Effet du changement du contrôle religieux sur les stratégies de coping

Les résultats des analyses de régressions multiples hiérarchiques font apparaître un effet des variations du contrôle religieux sur certaines stratégies de coping à T3 (Tableau 3). Ayant observé une variation des scores moyens uniquement entre T1 et T2 du contrôle religieux, seul le différentiel entre T1 et T2 a été rentré dans l'analyse au Pas n° 3. Les coefficients bêtas indiquent qu'une diminution du contrôle religieux à T2 est associée significativement à une augmentation de l'impuissance-désespoir, des préoccupations anxieuses, de l'évitement et de la dénégation, cela en contrôlant le niveau initial des stratégies de coping employées à T1. Le pourcentage de variance expliquée par les variations du contrôle religieux s'échelonne entre 5 et 10%. Il est moins élevé que celui expliqué par le niveau initial des stratégies de coping, exception faite de la stratégie de dénégation dont le pourcentage de variances est équivalent (10%). La variation du contrôle religieux ne prédit pas l'esprit combatif. Nous obtenons les mêmes types de résultats à T4 et T5 (les tableaux de ces résultats peuvent être obtenus sur demande aux auteurs).

**Tableau 3**  
Régression multiple hiérarchique examinant les effets des changements du contrôle religieux entre T1 et T2 sur les dimensions du coping à T3.

Prédicteurs	Stratégies de coping									
	Esprit combatif		Impuissance-désespoir		Préoccupations anxieuses		Évitement		Dénégation	
	R <sup>2</sup>	Δ β	R <sup>2</sup>	Δ β	R <sup>2</sup>	Δ β	R <sup>2</sup>	Δ β	R <sup>2</sup>	Δ β
Pas 1 Variables contrôlées <sup>a</sup>	0,05		0,05		0,02		0,03		0,02	
Pas 2 Coping à T1 <sup>b</sup>	0,13***		0,15**		0,08**		0,20***		0,10***	
Pas 3 Contrôle religieux T2-T1	0,00		0,05**		0,09**		0,04*		0,10***	
Total R <sup>2</sup>	0,18***		0,25**		0,19***		0,27**		0,22***	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

<sup>a</sup> Variables contrôlées incluant l'âge, le niveau d'étude, l'engagement professionnel et le traitement par chimiothérapie.

<sup>b</sup> Valeur initiale de la stratégie de coping à T1, respectivement esprit combatif, impuissance-désespoir, préoccupations anxieuses, évitement, dénégation.

**Tableau 4**

Régression multiple hiérarchique examinant les effets des changements du contrôle religieux entre T1 et T2 sur les échelles fonctionnelles de la qualité de vie à T3.

Prédicteurs	Échelles fonctionnelles de qualité de vie									
	État physique		Limitations dans les activités		État cognitif		État émotionnel		Relations sociales	
	R <sup>2</sup>	Δ β	R <sup>2</sup>	Δ β	R <sup>2</sup>	Δ β	R <sup>2</sup>	Δ β	R <sup>2</sup>	Δ β
Pas 1 Variables contrôlées <sup>a</sup>	0,09 <sup>*</sup>		0,12 <sup>**</sup>		0,06 <sup>‡</sup>		0,06		0,17 <sup>***</sup>	
Pas 2 QdV à T0 <sup>b</sup>	0,08 <sup>**</sup>		0,02 <sup>‡</sup>	0,16 <sup>‡</sup>	0,01	0,09	0,14 <sup>***</sup>	0,39 <sup>***</sup>	0,02 <sup>‡</sup>	0,15 <sup>‡</sup>
Pas 3 Contrôle religieux T2-T1	0,05 <sup>*</sup>	0,23 <sup>**</sup>	0,03 <sup>*</sup>	0,18 <sup>*</sup>	0,01	0,08	0,03 <sup>*</sup>	0,17 <sup>*</sup>	0,05 <sup>**</sup>	0,23 <sup>**</sup>
Total R <sup>2</sup>	0,23 <sup>**</sup>		0,17 <sup>**</sup>		0,08		0,23 <sup>**</sup>		0,24 <sup>***</sup>	

<sup>‡</sup>  $p < 0,10$ ; <sup>\*</sup>  $p < 0,05$ ; <sup>\*\*</sup>  $p < 0,01$ ; <sup>\*\*\*</sup>  $p < 0,001$ .

<sup>a</sup> Variables contrôlées incluant l'âge, le niveau d'étude, l'engagement professionnel et le traitement par chimiothérapie.

<sup>b</sup> Valeur initiale des échelles fonctionnelles de qualité de vie à T0, respectivement état physique, limitations dans les activités, état cognitif, état émotionnel, relations sociales.

### 2.3. Effet du changement du contrôle religieux sur la qualité de vie, l'anxiété et la dépression aux différents temps de l'étude

Les résultats de l'analyse hiérarchique indiquent que les variations du contrôle religieux sont associées aux variations des échelles fonctionnelles de qualité de vie à T3 (Tableau 4). L'augmentation du contrôle religieux est associée à une bonne qualité de vie physique, peu de limitations dans les activités, un bon état émotionnel et à de bonnes relations sociales. Seul l'état cognitif n'est pas associé à la variation du contrôle religieux. Le pourcentage de variance expliqué par les changements du contrôle religieux s'échelonne de 3 à 5%. Seules les variations de l'état physique et l'état émotionnel sont davantage expliquées par l'état physique et émotionnel initial, respectivement de 8 et 14% que par les variations du contrôle religieux. Nous obtenons les mêmes types de résultats à T4 et T5 (les tableaux de ces résultats peuvent être obtenus sur demande aux auteurs).

Le contrôle religieux est également associé aux variations de la douleur, de la fatigue et de la qualité de vie générale à T3 (Tableau 5). Une augmentation du contrôle religieux prédit une diminution de

**Tableau 5**

Régression multiple hiérarchique examinant les effets des changements du contrôle religieux entre T1 et T2 sur les symptômes de la qualité de vie, l'anxiété et la dépression à T3.

Prédicteurs	Symptômes									
	Fatigue		Douleurs		Qualité de vie générale		Anxiété		Dépression	
	R <sup>2</sup>	Δ β	R <sup>2</sup>	Δ β	R <sup>2</sup>	Δ β	R <sup>2</sup>	Δ β	R <sup>2</sup>	Δ β
Pas 1 Variables contrôlées <sup>a</sup>	0,19 <sup>***</sup>		0,09 <sup>*</sup>		0,13 <sup>**</sup>		0,01		0,08 <sup>*</sup>	
Pas 2 QdV à T0 <sup>b</sup>	0,03 <sup>*</sup>		0,07 <sup>**</sup>	0,26 <sup>**</sup>	0,07 <sup>**</sup>	0,27 <sup>**</sup>	0,25 <sup>***</sup>	0,51 <sup>***</sup>	0,15 <sup>***</sup>	0,39 <sup>***</sup>
Pas 3 Contrôle religieux T2-T1	0,04 <sup>*</sup>	-0,20 <sup>*</sup>	0,04 <sup>*</sup>	-0,20 <sup>*</sup>	0,06 <sup>**</sup>	0,25 <sup>**</sup>	0,01	-0,12	0,02 <sup>****</sup>	-0,16 <sup>****</sup>
Total R <sup>2</sup>	0,26 <sup>**</sup>		0,20 <sup>**</sup>		0,26		0,27 <sup>***</sup>		0,25 <sup>***</sup>	

<sup>\*</sup>  $p < 0,05$ ; <sup>\*\*</sup>  $p < 0,01$ ; <sup>\*\*\*</sup>  $p < 0,001$ ; <sup>‡</sup>  $p < 0,10$ .

<sup>a</sup> Variables contrôlées incluant l'âge, le niveau d'étude, l'engagement professionnel et le traitement par chimiothérapie.

<sup>b</sup> Valeur initiale des échelles de qualité de vie, d'anxiété et de dépression à T0, respectivement fatigue, douleurs, qualité de vie générale, anxiété et dépression.

la douleur et de la fatigue, ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie générale. En revanche, les changements du contrôle religieux n'ont pas d'effet sur l'anxiété et ont seulement un effet tendanciel sur la dépression. L'ensemble des modèles testés expliquent de 20 à 27 % de la variance du critère. Les variations du contrôle religieux expliquent 4 % de la variance de la fatigue et des douleurs, et 6 % de la variance de la qualité de vie générale. On obtient les mêmes types de résultats aux autres temps de l'étude (les tableaux de ces résultats peuvent être obtenus sur demande aux auteurs).

### 3. Discussion

Un des principaux enjeux de cette étude était d'examiner le changement dans le temps du contrôle religieux et son rôle adaptatif dans l'ajustement au cancer du sein au cours de la première année qui suit le diagnostic. Les résultats indiquent qu'un nombre relativement faible de patientes pense que la religion aurait un effet sur l'apparition ou le développement de la maladie et ce contrôle religieux diminue au fil du temps. Toutefois, et c'est ce résultat qui est le plus intéressant, cette diminution est relativement peu protectrice : les femmes qui perçoivent une diminution du contrôle religieux présentent une dégradation de leur qualité de vie et utilisent davantage de stratégies de coping centrées sur l'émotion telles que l'impuissance-désespoir, les préoccupations anxieuses l'évitement et la dénégation.

Les résultats relatifs à notre première hypothèse indiquant que peu de patientes présentent un contrôle religieux peut être rapproché du fait que la religion a un poids moins important dans la vie des Européens que chez les Américains. Dans la population générale, il a été identifié au cours d'une enquête conduite par le [Gallup International Millennium \(2002\)](#) que 83 % des Américains pensent que Dieu est important dans leur vie alors que seuls 49 % des européens le pensent. De plus, la revue de la littérature de [Thuné-Boyle et al. \(2006\)](#) montre que, contrairement aux patients américains, peu de patients européens utilisent la religion pour faire face à la maladie. Le fait que le contrôle religieux diminue au cours de la première année qui suit le diagnostic de cancer du sein est conforme à ce que nous attendions. Ainsi, le contrôle religieux se comporte de la même façon que le contrôle perçu, à savoir une diminution entre le premier mois et le quatrième mois après le diagnostic ([Ranchor et al., 2010](#)).

Le second résultat important de cette étude concerne la valeur adaptative du contrôle religieux et font référence à notre seconde hypothèse. Nos résultats suggèrent que le maintien et l'augmentation du contrôle religieux est bénéfique vis-à-vis de la qualité de vie, et ce malgré des niveaux de contrôle relativement faibles et la nature peu contrôlable de la situation. [Thompson et al. \(1993\)](#) avaient montré que la compensation d'une perte de contrôle dans un domaine était associée à un meilleur ajustement au cancer, en particulier quand le contrôle s'exerçait dans d'autres domaines que celui de la maladie. Toutefois, seul l'ajustement à court terme avait été évalué. Notre étude permet donc de confirmer ce résultat à plus long terme.

Par ailleurs, nos résultats montrent que le maintien du contrôle religieux a un effet bénéfique sur la qualité de vie physique, la fatigue et les douleurs pendant les traitements et après les traitements. Cela, n'est pas sans implications pratiques pour les soignants. En effet, les effets secondaires des traitements tels que la fatigue et les douleurs sont très fréquents et il a été montré dans une enquête française menée par la DRESS et l'Inserm qu'ils constituaient les meilleurs prédicteurs d'une mauvaise qualité de vie, deux ans après un cancer ([Le Corroller-Soriano et al., 2008](#)). Le fait d'identifier le niveau de contrôle religieux au début de la maladie et d'inclure un travail sur les croyances des patientes dans leur prise en charge psychologique pourrait permettre d'améliorer leur qualité de vie physique.

Nos résultats sont, par ailleurs, compatibles avec ce qui avait été identifié au sujet de l'anxiété et de la dépression, à savoir une absence d'association ([Cousson-Gélie et al., 2005a, 2005b](#) ; [Pruyn et al., 1988](#) ; [Watson et al., 1990](#)). Il semble donc que le maintien du contrôle religieux soit davantage en lien avec la qualité de vie ou les préoccupations anxieuses spécifiques à la maladie et non à la symptomatologie anxiodépressive plus générale, telle qu'elle a été évaluée avec la HADs. Ainsi, le lien existerait avec l'ajustement émotionnel, mais uniquement lorsque des échelles spécifiques au cancer sont utilisées.

Nos résultats permettent également de préciser les mécanismes qui peuvent améliorer la qualité de vie des patientes. Il semblerait, en effet, que le fait de maintenir, voire d'augmenter le contrôle

religieux, amènerait les patientes à utiliser moins de stratégies de coping centrées sur l'émotion comme l'impuissance-désespoir, évitement, déni et d'avoir moins de préoccupations anxieuses ce qui, en retour, permettrait une amélioration de la qualité de vie physique, sociale et émotionnelle. Dans la littérature, certains auteurs ont envisagé la religion comme une forme de coping en aidant le sujet à donner un sens aux événements stressants (Pargament, 1997 ; Park, 2005). La définition la plus couramment admise est celle de Koenig et al. (1998) où le coping religieux est composé à la fois des croyances et des comportements religieux destinés à prévenir ou diminuer les émotions négatives relatives à des situations de vie stressantes.

Cette étude présente quelques limites comme le fait de ne pas avoir évalué le contrôle religieux général avant l'annonce du diagnostic ce qui nous permettrait de connaître les croyances générales avant que les patientes se sachent malade. En effet, nous pouvons supposer que le contrôle religieux peut déterminer en partie le contrôle religieux spécifique au cancer. Il serait donc pertinent dans des recherches futures d'évaluer ce type de variable et de les mettre en relation avec le contrôle religieux. De plus, il serait particulièrement intéressant de relier ces croyances avec le sens que les patients donnent à leur maladie, notamment en concevant la manière dont ces croyances sont intégrées dans l'expérience de la maladie, ainsi que leur impact éventuel à plus long terme, c'est-à-dire plusieurs années après la maladie. Il serait également intéressant dans des études ultérieures de préciser le lien entre contrôle religieux et coping religieux et quelles sont leurs valeurs adaptatives respectives. En effet, si on se réfère à la revue de la littérature de Thuné-Boyle et al. (2006) sur le coping religieux, sur 17 études, sept trouvent qu'il protège les patients atteints de cancer sur le plan émotionnel en réduisant la détresse et en favorisant l'utilisation de stratégies centrées sur le problème ; quatre études trouvent au contraire que le coping religieux est associé à un niveau élevé de détresse et sept études ne trouvent pas de lien entre coping religieux et ajustement émotionnel, dont trois sont des études européennes. De plus, la théorie de Pargament et al. (1998) sur le coping religieux souligne la complexité de ce concept qui, selon la nature des croyances religieuses (positives ou négatives), peut induire soit une bonne adaptation (dans le cas où la personne envisage la religion comme un soutien) soit une mauvaise adaptation (dans le cas où la religion est envisagée comme punitive). Il serait pertinent, dans une étude ultérieure, de faire la différence entre le coping religieux positif et négatif qui peut expliquer ces divergences au niveau des résultats des études.

Parallèlement, cette étude présente plusieurs forces. La première est que la population étudiée est très homogène au niveau de la gravité objective de la maladie et au niveau de son parcours de soin. La seconde concerne la nature longitudinale de la méthodologie qui nous a permis d'évaluer les variations du contrôle religieux au moment du traitement et d'établir que les croyances dans l'intervention de la religion au niveau de l'évolution ou de l'apparition de la maladie sont plutôt associées à une amélioration de la qualité de vie durant l'année qui suit le diagnostic.

Ainsi, nous pensons que cette étude prospective, unique de par l'importance des temps de mesure et par la durée de suivi de ces femmes, permet d'accéder à une meilleure connaissance de la variation du contrôle religieux et de sa valeur adaptative à la maladie. Ainsi, de tels résultats suggèrent qu'il est tout à fait pertinent d'évaluer ce type de ressources religieuses et de promouvoir leur identification dans les interventions psychologiques mises en place avec les patientes.

## Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Remerciements

Nous remercions l'institut national du cancer et le laboratoire Lilly pour leur soutien à cette recherche ainsi que les chirurgiens de l'institut Bergonié (centre régional de lutte contre le cancer de Bordeaux et du Sud-Ouest) pour leur aide au niveau du recrutement des sujets (Christine Tunon de Lara, Jérôme Delefortrie, Antoine Rousvoal, Antoine Avril, Emmanuel Bussières). Nous remercions également Chantal Quintric et Sandra de Castro-Lévêque pour la collecte des données de cette étude.

## Références

- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., 1993. The European organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international trials in oncology. *Journal of National Cancer Institute* 85, 365–376.
- Ai, A.L., Dunkle, R.E., Peterson, C., Bolling, S.F., 1998. The role of private prayer in psychological recovery among midlife and aged patients following cardiac surgery. *Gerontologist* 38 (5), 591.
- Beck, F., Guilbert, P., Gautier, A., 2005. *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Éditions INPES, Paris.
- Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T., Neckelmann, D., 2002. The validity of the hospital anxiety and depression scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research* 52 (2), 69–77.
- Cayrou, S., Dickes, P., Gauvain-Piquard, A., Roge, B., 2003. The Mental adjustment to cancer (MAC) scale: French replication and assessment of positive and negative adjustment dimensions. *Psycho-Oncology* 12 (1), 8–23.
- Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J.M., Irachabal, S., Lakdja, F., 2005a. 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., 2005b. Dimensions of cancer locus of control scale as predictors of psychological adjustment and survival in breast cancer patients. *Psychological Report* 97 (3), 699–711.
- Folkman, S., Moskowitz, J.T., 2004. Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology* 55 (1), 745–774.
- Gall, T.L., 2000. Integrating religious resources within a general model of stress and coping: long term adjustment to breast cancer. *Journal of Religion and Health* 39 (2), 167–182.
- Gall, T.L., 2004. Relationship with God and the quality of life of prostate cancer survivors. *Quality of Life Research* 13 (8), 1357–1368.
- Gallup International Survey, 2002. <http://www.gallup-international.com/survey18.htm>
- Henselmans, I., Sanderman, R., Baas, P.C., Sminck, A., Ranchor, A.V., 2009. Personal control after a breast cancer diagnosis: stability and adaptive value. *Psycho-Oncology* 18 (1), 104–108.
- Howell, D.C., 1998. *Méthodes statistiques en sciences humaines*. De Boeck université, Bruxelles.
- Ironson, G., Solomon, G.F., Balbin, E.G., O'Cleirigh, C., George, A., Kumar, M., 2002. The Ironson-Woods spirituality/religiousness index is associated with long survival, health behaviors, less distress, and low cortisol in people with HIV/AIDS. *Annals of Behavioral Medicine* 24 (1), 34.
- Koenig, H.G., Pargament, K.I., Nielsen, J., 1998. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *Journal of Nervous and Mental Disease* 186 (9), 513–521.
- Laubmeier, K.K., Zakowski, S.G., Bair, J.P., 2004. The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress and coping. *International Journal of Behavioral Medicine* 11 (1), 48–55.
- Lazarus, R.S., Folkman, S., 1984. *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York.
- Le Corroller-Soriano, A.G., Malavolti, L., Mermilliod, C., 2008. La vie deux ans après le diagnostic de cancer : une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades. La documentation française, collection études et statistiques.
- Lépine, J.P., Godchau, M., Brun, P., Lempérière, T., 1985. Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Annales Médico-Psychologiques* 143 (2), 175–189.
- McIntosh, D.N., Silver, R.C., Wortman, C.B., 1993. Religion's role in adjustment to a negative life event: coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology* 65 (4), 812–821.
- Oswiecki, D., Compas, B., 1999. A prospective study of coping, perceived control and psychological adaptation to breast cancer. *Cognitive Behavioral Therapy* 23, 169–180.
- Pargament, K.I., 1997. *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. Guilford, New York.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G., Perez, L., 1998. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal of Science Study Religious* 37, 710–724.
- Park, C.L., 2005. Religion as a meaning-making framework in coping with life stress. *Journal of Social Issues* 61 (4), 707–729.
- Pruyn, J., Van Der Borne, H., De Reuver, R.M., De Boer, M.F., Bosman, L.J., Ter Pelkewijk, M.A., 1988. De locus of control-schaal voor kankerpatienten (The locus of control scale for cancer patients). *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 66, 404–408.
- Ranchor, A.V., Wardle, J., Steptoe, A., Henselmans, I., Ormel, J., Sanderman, R., 2010. The adaptive role of perceived control before and after cancer diagnosis: a prospective study. *Social Science and Medicine* 70 (11), 1825–1831.
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C., Robaye, E., 1989. Validation de la version française de HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Revue de Psychologie Appliquée* 39, 295–308.
- Smith, T.B., McCullough, M.E., Poll, J., 2003. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin* 129 (4), 614–636.
- Taylor, S., Lichtman, R., Wood, S., 1984. Attributions, belief about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology* 46, 489–502.
- Thompson, S.C., Sobolew-Shubin, A., Galbraith, M.E., Schwankovsky, L., Cruzen, D., 1993. Maintaining perceptions of control: finding perceived control in low-control circumstances. *Journal of Personality and Social Psychology* 64 (2), 293–304.
- Thuné-Boyle, I.C., Stygall, J.A., Keshtgar, M.R., Newman, S.P., 2006. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science and Medicine* 63 (1), 151–164.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayant, Q., Burgess, C., Robertson, B., 1988. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine* 18, 203–209.
- Watson, M., Greer, S., Pruy, J., Van den Borne, B., 1990. Locus of control and adjustment to cancer. *Psychological Reports* 66 (1), 39–48.
- White, C.A., 2004. Meaning and its measurement in psychosocial oncology. *Psycho-Oncology* 13 (7), 468–481.
- Zigmond, A.S., Snaith, R.P., 1983. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67 (6), 361–370.