

CONCEPTS, STRESS, COPING

Marilou Bruchon-Schweitzer

Professeur de Psychologie
Université de Bordeaux 2

CONCEPTS ET MODÈLES EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ

I- LA PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ. DÉFINITION ET OBJECTIFS

La psychologie de la santé est une discipline récente (section 38 de l'Association Américaine de Psychologie en 1985 ; première société européenne en 1986), née assez tardivement en France (premier ouvrage en 1994 ; premier congrès à Bordeaux en 1997 ; création d'une société en octobre 2001), où elle se développe actuellement avec une extrême vitalité.

1. Définition

La psychologie de la santé essaie de décrire, de comprendre et d'expliquer les différences inter-individuelles en matière de santé, de bien-être, de qualité de vie, mais aussi de maladie (initiation et évolution). Elle s'intéresse à tous les facteurs psychosociaux (environnementaux, dispositionnels ou transactionnels) pouvant protéger ou au contraire fragiliser les individus et étudie, en collaboration avec d'autres disciplines scientifiques les «chemins» qui mènent à la santé et à la maladie.

2. Objectifs

Elle a pour objectifs : la promotion des comportements et styles de vie sains, la prévention et le traitement des différentes maladies (aigues, chroniques) et handicaps et l'amélioration de la prise en charge des patients et de leur famille (SARAFINO, 1994, p. 15).

3. Apports

Ce domaine a apporté aux sciences de la santé de nouveaux concepts (résilience, endurance, «coping», soutien social, «burn-out»,...). Il a permis de mettre à jour et de valider la définition de concepts pré-existants (stress, contrôle, types A et C, optimisme, bien-être, qualité de vie,...). Il les a enrichies de nombreux outils d'évaluation et de méthodes de mesure et d'analyse des données. Enfin, il a déjà permis des avancées théoriques importantes dans la compréhension de l'étiologie et du développement de nombreuses maladies (pour une synthèse, voir BRUCHON-SCHWEITZER et QUINTARD, 2001).

II- LES MODÈLES EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ

Plusieurs modèles coexistent actuellement, chacun tentant d'expliquer à sa façon pourquoi certains individus deviennent malades (et pourquoi, parmi ceux qui sont malades, certains guérissent plus facilement que d'autres). Chacun de ces modèles valorise certains facteurs supposés avoir un effet sur la santé (organique ou psychique) ultérieure des individus (voir BRUCHON-SCHWEITZER, 1994, pp. 15-22).

Les modèles qui vont être décrits ci-dessous ne sont pas les seuls auxquels se réfère la psychologie de la santé. On peut citer parmi d'autres le «Health Belief Model» (ROSENSTOCK, 1974) la «théorie de l'action raisonnée» (AJZEN et FISHBEIN, 1980), la «théorie du comportement planifié» (AJZEN, 1991), la «théorie de

l'auto-régulation des comportements de santé» de LEVENTHAL (LEVENTHAL et al., 1980). On trouvera une présentation de ces modèles dans MORIN (2001) et dans BRUCHON-SCHWEITZER (à paraître). La différence essentielle entre ces modèles «socio-cognitifs» et ceux que nous présentons ici tient aux issues à prédire (comportements de santé dans le premier cas, santé et maladie dans le second) et aux contextes théoriques de référence (valorisant les normes, attitudes, croyances et représentations sociales pour les premiers, les facteurs environnementaux, dispositionnels et biologiques pour les seconds). Une (ré)-conciliation entre ces deux univers est souhaitable (et sans doute possible).

1. Le modèle biomédical

Pour le *modèle biomédical*, le plus classique et encore prédominant dans la médecine contemporaine, la maladie se passe dans le corps et correspond à un dysfonctionnement organique dû à l'effet de divers *agents pathogènes* (infections, traumatismes, lésions, tumeurs, substances toxiques,...). Ce modèle s'intéresse à la maladie plus qu'à la personne malade (il est fondé sur la croyance en une séparation entre l'esprit et le corps). S'il a été extrêmement utile pour combattre les maladies infectieuses et développer les vaccins et les antibiotiques, il est aujourd'hui critiqué comme trop simpliste et linéaire (modèle causes → effets). Il ne suffit pas à comprendre les principales causes de morbidité et de mortalité dans les pays développés (maladies cardio-vasculaires, cancers).

2. Le courant psychosomatique

Pour le *courant psychosomatique*, le développement de certaines maladies (respiratoires, digestives, cardio-vasculaires, dermatologiques, cancéreuses,...) serait associé à certains facteurs psychologiques, facteurs différenciant d'une école de pensée à l'autre : conflit psychique et profil de personnalité particulier pour l'école de Chicago, bien représentée par Frantz ALEXANDER ; blocage de l'énergie libidinale pour Wilhelm REICH ; structure psychique très particulière caractérisée par un mode de *pensée opératoire* pour Pierre MARTY (faible

capacité de mentalisation, pauvreté de l'imaginaire, discours centré sur les problèmes concrets et sur le présent)¹.

Les études menées par les divers courants psychosomatiques n'ont pas permis d'établir de façon scientifiquement indiscutable le rôle étiologique de certaines expériences traumatiques précoces (ou de certains types de personnalité). C'est dommage, car l'idée d'une vulnérabilité particulière de certains individus à l'adversité en raison d'un fonctionnement psychologique inadéquat, est très intéressante. Cette hypothèse sera reprise à l'aide de notions plus limitées et plus simples (comme celle «d'alexithymie» par exemple), mais se prêtant plus aisément aux contraintes de la vérification scientifique (pour l'alexithymie, voir PÉDINIELLI, 1992).

3. L'approche épidémiologique

L'*approche épidémiologique* consiste à comparer des groupes de sujets malades et sains en cherchant tout ce qui les différencie (facteurs environnementaux, psychosociaux, ...). Aux études *retrospectives* (reconstituer le passé de sujets malades et non malades), caractérisées par des biais multiples, ont succédé les études *prospectives*, consistant à évaluer au départ de façon très complète une «cohorte» de sujets sains, qui seront suivis ensuite pendant de nombreuses années (certaines de ces études ont duré plus de 30 ans). On recherchera alors quelles étaient les différences initiales entre ceux qui sont devenus malades et ceux qui sont restés en bonne santé. Quelques études prospectives très bien faites suggèrent l'existence de certains *styles comportementaux à risques* (pour les facteurs prédisposant à l'insuffisance coronarienne par exemple, on consultera CONSOLI, 2001).

Hélas, ces études épidémiologiques ont le plus souvent procédé empiriquement, par tâtonnements. Elles sont, au moins au départ, complètement a-théoriques et aboutissent le plus souvent à des listes de caractéristiques disparates qu'il est difficile d'interpréter ensuite. Il est donc urgent d'intégrer leurs résultats à des modèles explicatifs plus complexes. Il semble nécessaire de dépasser à présent les conceptions linéaires impliquant des «causes» (biologiques, psychologiques ou sociales) et des «effets» (amélioration ou aggrava-

¹ Si tous ces courants ont été influencés par la psychanalyse et notamment par l'idée que certains types d'organisation mentale facilitent le processus de conversion somatique, leurs hypothèses diffèrent sensiblement (MARTY et de MUZAN, 1963 ; KELLER, 2000, pp. 26-39).

tion de la santé), trop réductrices pour rendre compte de l'*étiologie multifactorielle de la plupart des pathologies*. Nous avons représenté les divers modèles linéaires par un schéma causes → effets (voir Figure 1).

tions émotionnelles, cognitives et comportementales du sujet ; comportements, représentations, croyances et normes du groupe familial, de la communauté et du groupe culturel d'appartenance). Le problème est que

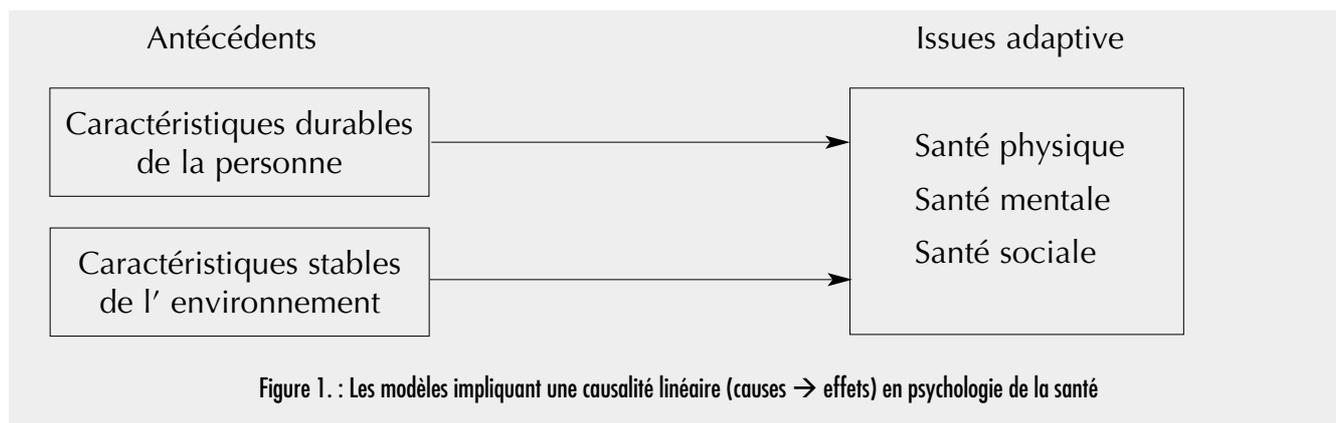


Figure 1. : Les modèles impliquant une causalité linéaire (causes → effets) en psychologie de la santé

En effet, chacun des antécédents considéré isolément, ne prédit que faiblement l'état de santé ultérieur. C'est par exemple le cas des événements de vie majeurs, qui n'«expliquent» qu'environ 9% de la variance du développement ultérieur d'une pathologie cancéreuse (COHEN et EDWARDS, 1989).

4. Le modèle biopsychosocial

Certains auteurs considèrent que ce sont des *facteurs biologiques, psychologiques et sociaux* (et leurs interactions) qui sont à l'origine des différentes pathologies physiques et mentales. Ainsi a été élaboré le *modèle biopsychosocial* au début des années 80 (ENGEL, 1980). Pour cet auteur, 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 système dépendant de celui de tous les autres). On trouvera une représentation de ce modèle hiérarchisé à la Figure 2.

Ce modèle fournit une perspective *systémique* intéressante pour la médecine comportementale et pour la psychologie de la santé. Toute pathologie peut être décrite en effet à différents niveaux (cellules, organes et systèmes atteints ; signification de la maladie ; réac-

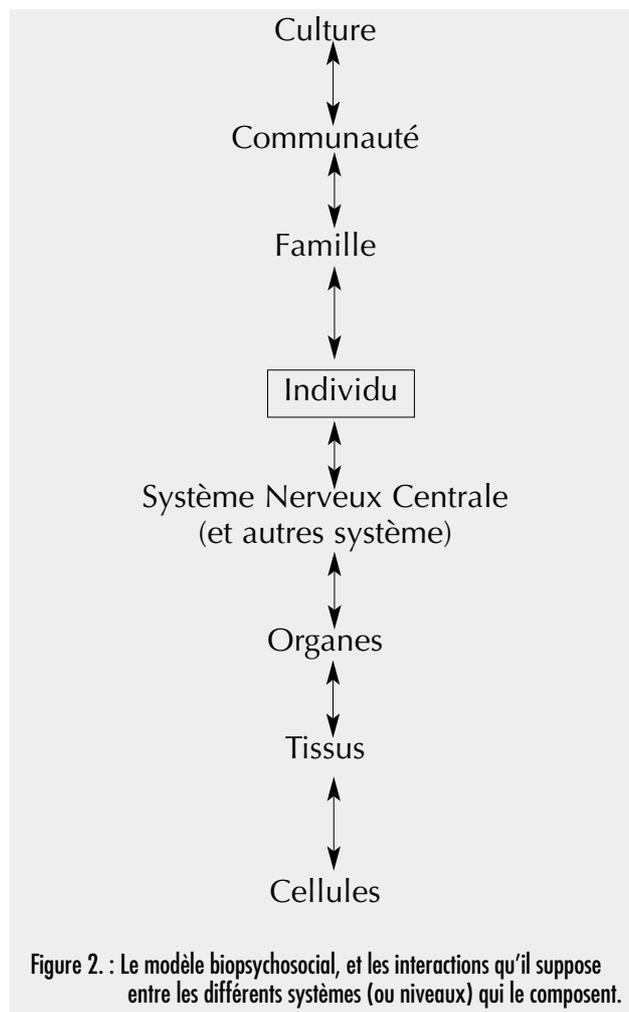


Figure 2. : Le modèle biopsychosocial, et les interactions qu'il suppose entre les différents systèmes (ou niveaux) qui le composent.

ce modèle est à la fois, trop global et trop linéaire pour qu'on puisse en déduire des inférences précises et des recherches empiriques réalisables (c'est un méta-modèle)². Selon nous, 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,...).

5. Le modèle transactionnel

Les facteurs environnementaux et personnels évoqués ci-dessus, même si l'on considère leurs interactions, n'expliquent pas à eux seuls les différences inter-indivuelles en matière de santé et de maladie. L'*approche transactionnelle* de LAZARUS et FOLKMAN (1984) a ouvert des perspectives de recherche tout à fait nouvelles et stimulantes. En effet, ce

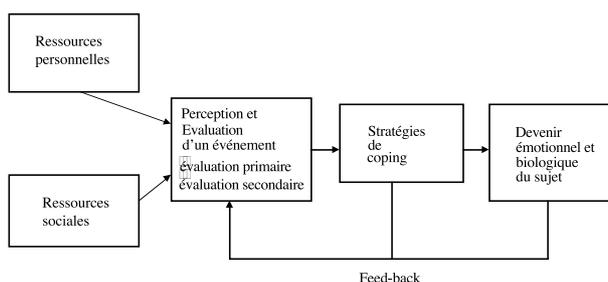


Figure 3. : Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984).

modèle 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*³. 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 (Figure 3). Mais le modèle transactionnel souffre des mêmes limites que les autres. Il valorise le rôle des processus transactionnels et minimise ou occulte celui des autres déterminants de la santé (situationnels et dispositionnels).

6. Un modèle intégratif et multifactoriel

Nous avons élaboré récemment un *modèle intégratif en psychologie de la santé* (BRUCHON-SCHWEITZER et DANTZER, 1994, p. 21). Celui-ci 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* (types et traits, styles comportementaux, antécédents biomédicaux) ayant un effet principal et des effets d'interaction sur la santé physique et le bien être psychique⁴.

De nombreuses études menées en psychologie de la santé adoptent une procédure longitudinale (études prospectives ou semi-prospectives). Dans ce cas, les facteurs environnementaux et personnels, évalués dans un premier temps sont des *antécédents* (ou prédicteurs) et la santé des individus (physique, somatique), évaluée dans un second temps, est l'*issue* (ou critère à prédire). Ce genre d'étude nous apporte beaucoup plus d'informations sur l'effet de divers facteurs contextuels et personnels sur la santé que les recherches transversales (où toute imputation causale

2 On trouvera une revue de littérature concernant les applications cliniques possibles du modèle biopsychosocial dans SMITH et NICASSIO (1996).

3 Une situation aversive, ce peut être un événement de vie majeur (deuil, maladie, accident, perte d'emploi, séparation,...), grave, mais ponctuel. Cela peut être aussi des tracas quotidiens, à caractère plutôt chronique (mésentente conjugale, surcharge de travail, environnement bruyant et/ou pollué, maladie personnelle ou d'un proche,...). Selon l'approche transactionnelle, ces stressors peuvent être décrits objectivement (gravité, fréquence, durée) ou selon leur impact subjectif (on parle alors de «stress perçu»).

4 Nous intégrons ces facteurs dans notre modèle car le rôle des facteurs environnementaux, socio-démographiques et biomédicaux a été établi par les recherches biomédicales et épidémiologiques, celui des facteurs individuels par les approches psychosomatiques socio-cognitives et différentielles.

est impossible). Grâce à ces recherches, nous savons aujourd'hui quels sont les facteurs environnementaux pouvant *protéger* ou *fragiliser* les individus, et les caractéristiques personnelles (styles comportementaux et cognitifs, traits, types) qui contribuent à rendre les individus plus ou moins *vulnérables* ou *résistants* (voir infra, chap III et IV).

Nous pensons qu'il est temps d'*intégrer dans un même modèle explicatif* les trois types de facteurs ayant un impact sur la santé : *antécédents environnementaux et socio-démographiques* (ce que l'individu «subit»), *antécédents individuels*, psychosociaux et biologiques (ce qu'il «est»), *transactions* et *stratégies d'ajustement* (ce qu'il «fait» face à l'adversité). Chacun de ces groupes de facteurs contribue en effet à l'explication d'une part de la variance des *critères* généralement considérés dans ces recherches (santé physique, mentale et parfois sociale).

Dans ce modèle, les *issues* (ou critères) sont le plus souvent soit biologiques et somatiques (initiation d'une maladie, état fonctionnel aggravation ou récurrence, amélioration, guérison,...), soit émotionnelles et psychologiques (bien-être, satisfaction, qualité de vie subjective, dépression, anxiété,...). Mais il peut être utilisé pour prédire des critères extrêmement variés (burn-out, retour à l'emploi, performances professionnelles, résultats d'un sevrage tabagique ou alcoolique, résultats d'une prise en charge,...). Il doit être affiné et spécifié pour chaque issue adaptative considérée, chaque type de stressor étudié, chaque groupe de sujets, etc... Il convient aux *facteurs de risque* (facteurs prédisant l'initiation d'une pathologie) comme aux *facteurs de pronostic* (facteurs prédisant l'évolution ultérieure d'une maladie pré-existante). Ce modèle comprend une succession de séquences *temporelles* (antécédents, médiateurs, issues), car toute maladie est une histoire (elle est processuelle et non statique). Un tel modèle intégratif est représenté à la Figure 4 page suivante.

Ce modèle convient à la fois aux recherches *transversales* (où toutes les variables sont mesurées en même temps) et *longitudinales* (où l'on évalue les antécédents, puis les transactions individu-contexte, puis l'état de santé ultérieur, à des moments différents). Il convient aussi bien à l'étude des *facteurs de risque* (avant qu'un individu ne développe une pathologie) qu'à celle des *facteurs de pronostic* (ceux qui affectent

l'évolution différentielle d'une pathologie chez des sujets déjà malades au départ)⁵. Enfin, il est suffisamment *flexible* pour convenir à la prédiction d'issues très différentes : état de santé, dépression, burn-out, retour à l'emploi, réussite d'un sevrage (tabagique, alcoolique), performances scolaires et professionnelles, etc...

III- FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Les théories bio-médicales et les théories classiques du stress ont popularisé certaines croyances selon lesquelles la maladie résulte de l'action de certains *agents pathogènes* «externes» qui fragilisent l'organisme. Les études épidémiologiques ont contribué à une meilleure connaissance des caractéristiques environnementales jouant un rôle pathogène (ou protecteur). On trouvera une synthèse relative aux effets du stress et des événements de vie dans BRUCHON-SCHWEITZER et DANTZER (1994) et une revue de la littérature consacrée aux effets des facteurs environnementaux et socio-démographiques dans BRUCHON-SCHWEITZER (à paraître). De nombreuses caractéristiques socio-démographiques, socio-économiques et socio-culturelles ont en effet un impact sur la santé (RODIN et SALOVEY, 1989 ; TAYLOR et al., 1997) : statut socio-économique, accès aux soins, contexte géographique et culturel, revenus, appartenances et représentations sociales, mode de vie, alimentation,... Si l'on considère les pays développés, deux types de facteurs environnementaux sont particulièrement fragilisants, les *événements de vie stressants* et l'*isolement social*.

1. Les événements de vie

On a longtemps supposé que c'était l'importance des événements de vie stressants vécus par une personne (durée, gravité, fréquence,...) qui pouvait affecter sa

5 Pour ne pas surcharger la Figure 4, nous n'avons pas représenté en détail les antécédents socio-démographiques et bio-médicaux (colonne 1) ni les cofonctionnements entre les processus transactionnels et divers systèmes physiologiques (colonne 2). Ces facteurs ont bien évidemment un impact sur la santé ultérieure. Nous n'avons dénommé les variables bipolaires que par leur pôle positif (par ex : «bien-être» et non «bien-être/détresse») pour la même raison.

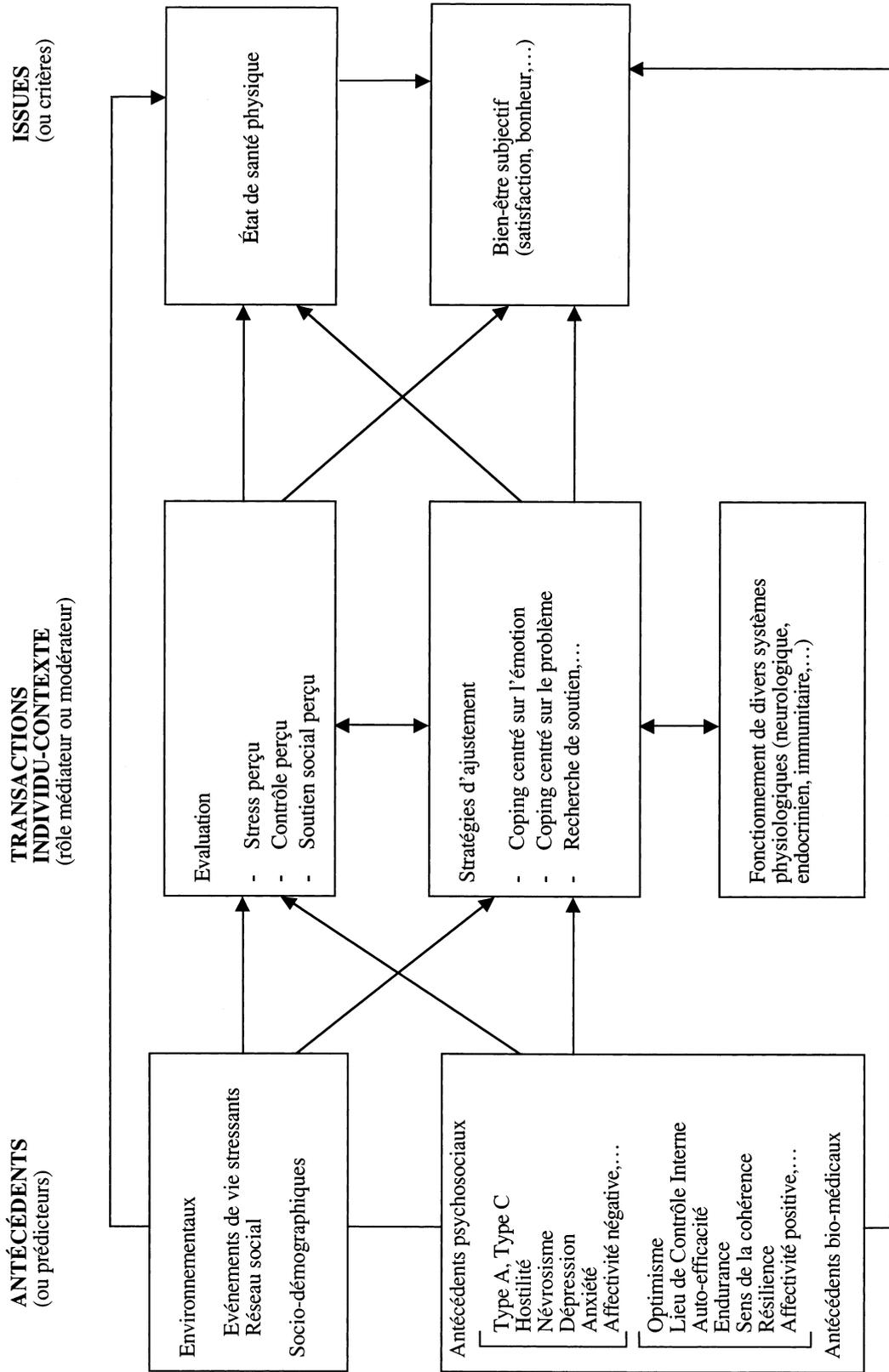


Figure 4. : Un modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de la santé.

Rang	Événements de vie	Valeur
1	Mort du conjoint	100
2	Divorce	73
3	Séparation conjugale	65
4	Période de prison	63
5	Décès d'un parent proche	63
6	Blessure personnelle ou maladie	53
7	Mariage	50
8	Licenciement	47
9	Réconciliation conjugale	45
10	Mise à la retraite	45
11	Changement dans la santé d'un membre de la famille	44
12	Grossesse	40
13	Difficultés sexuelles	39
14	Arrivée d'un nouveau membre dans la famille	39
15	Réadaptation professionnelle	39
16	Modification de la situation financière	38
17	Mort d'un ami proche	37
18	Changement de fonction professionnelle	36
19	Modification du nombre de scènes de ménage	35
20	Hypothèque de plus de 50 000 F	31
21	Saisie d'un bien hypothéqué ou soumis à un emprunt	30
22	Changement de responsabilité dans le travail	29
23	Un fils, une fille, quitte le foyer	29
24	Difficultés avec les beaux-parents	29
25	Succès personnel exceptionnel	28
26	Epouse commençant ou cessant de travailler	26
27	Commencer ou terminer ses études	26
28	Changement de condition de vie	25
29	Changement d'habitudes personnelles	24
30	Difficultés avec le patron	23
31	Changement d'horaires ou de conditions de travail	20
32	Changement de résidence	20
33	Changement d'école	20
34	Changement dans les loisirs	19
35	Changement dans les activités religieuses	19
36	Changement dans les activités sociales	18
37	Hypothèque ou prêt de moins de 50 000 F	17
38	Changement dans les habitudes de sommeil	16
39	Changement du nombre de réunions de famille	15
40	Changement dans les habitudes alimentaires	15
41	Vacances	13
42	Noël	12
43	Infractions mineures à la loi	11

Tableau 1 : L'échelle d'évaluation du réajustement social (SRRS) de Holmes et Rahe (1967).

Les 43 événements de vie qu'elle contient et leur pondération. On remarque que le fait d'être malade n'apparaît qu'au sixième rang. Cette expérience si particulière implique cependant des stressors multiples : symptômes physiques désagréables et/ou douloureux, changement d'habitudes alimentaires et de sommeil, contrainte des soins et traitements, statut très particulier (dépendance, inactivité,...).

santé (QUINTARD, 1994). On a donc construit des échelles d'événements de vie, où chacun est affecté d'un « poids » proportionnel à sa gravité supposée (et à l'intensité des efforts adaptatifs qu'il sollicite). On trouvera au Tableau 1 les items de l'échelle événementielle la plus populaire, celle de HOLMES et RAHE (1967), la SRRS (Social Readjustment Rating Scale). En fait *la relation entre événements de vie aversifs et mortalité ou morbidité s'est avérée modeste* et ceci même pour des événements majeurs, comme le décès d'un être cher (ADLER et MATTHEWS, 1994). En réalité, le rôle, des événements stressants semble être d'aggraver une maladie pré-existante plutôt que de déclencher une pathologie (cancers du sein, polyarthrite, ...).

Des résultats plus significatifs sont obtenus lorsqu'on prend en compte des événements *récents* (et même actuels), plutôt qu'anciens, et *auto-évalués*, plutôt qu'évalués objectivement. Ainsi c'est le « *stress perçu* » plus que les événements aversifs en eux-mêmes qui s'est avéré un prédicteur significatif des problèmes de santé ultérieurs, par exemple dans un contexte professionnel (maladies cardio-vasculaires) ou parental (complications après l'accouchement), selon ADLER et MATTHEWS (1994).

Si le stress a un effet sur la santé, c'est bien plus comme processus transactionnel (2^e colonne de la Figure 4) que comme antécédent environnemental (1^e colonne de la Figure 4.). C'est le retentissement personnel d'un événement, sa signification pour une personne particulière ou « *stress perçu* » qui semble être, d'après les recherches disponibles, la variable pertinente. C'est le « *stress perçu* » qui va médiatiser (en l'atténuant ou en l'aggravant) l'impact d'un événement aversif sur la santé d'un individu (voir infra, § V.1.a).

2. Le réseau social

Le *réseau social* est l'ensemble des personnes avec lesquelles l'individu est en relation (on parle aussi d'intégration sociale). En général, un *réseau social important protège l'individu* alors que *l'isolement correspond à un risque accru de morbidité et de mortalité*, risque qui s'accroît fortement avec l'âge (BERKMAN et SYME, 1979). La relation entre l'isolement social et le risque de développer une maladie est cependant modérée. En effet, plus que le réseau social considéré objectivement (nombre, fréquence, durée des relations), c'est plutôt la façon dont les individus perçoivent et évaluent l'aide reçue qui est

la variable pertinente (RODIN et SALOVEY, 1989 ; RASCLE, 1994). L'étude de ELL et al. (1992) montre 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.

Un individu peut en effet être très entouré mais ressentir ses relations à l'entourage comme conflictuelles ou trop envahissantes. Dans beaucoup d'études malheureusement, le recours à des index composites ne permet pas de savoir exactement quel aspect du contexte social est nocif ou protecteur. Il convient de distinguer le *réseau social* que l'on peut définir par des indices précis et si possible objectifs (nombre, durée, fréquence, proximité, ...) du *soutien social perçu* qui correspond à l'évaluation de la qualité de ces relations par le sujet-cible.

Malgré le raffinement progressif de la mesure des événements de vie et du réseau social, l'impact des facteurs environnementaux sur la santé s'est avéré assez modeste. Ils « expliquent » de 7 à 12 % de la variance des issues somatiques d'après les recherches de notre équipe, ces effets étant plus souvent indirects que directs. Sans abandonner pour autant les antécédents épidémiologiques classiques qui privilégient les caractéristiques objectives de l'environnement, la psychologie de la santé s'est intéressée en outre à la façon dont l'individu les perçoit et les évalue. Un même environnement n'a pas la même signification ni le même impact chez tous les individus et *l'on peut compléter l'approche situationnelle stricte* (en termes d'événements de vie et de réseau social) *par l'approche transactionnelle* (en termes de stress perçu et de soutien social perçu). Ainsi, des notions comme le stress perçu ou le soutien social perçu sont-elles considérées aujourd'hui comme des variables *médiatrices* (transactionnelles), qui modulent l'effet des antécédents sur les critères et non comme des antécédents (voir infra, § V).

Les facteurs environnementaux fragilisant ou protégeant les individus et décrits ci-dessus ne sont évidemment pas les seuls en jeu. De très nombreuses autres caractéristiques du contexte ont un impact sur le bien-être et la santé : niveau socio-économique, ethnie, religion, pays, communauté, groupe familial, groupe de pairs, milieu professionnel, etc... Pour une revue de ces facteurs et de leur rôle, voir BRUCHON-SCHWEITZER (à paraître) et MARKS et al. (2000).

IV- LES FACTEURS PERSONNELS

L'hypothèse selon laquelle certaines caractéristiques cognitives et conatives stables (dispositions) sont associées au risque de développer certaines maladies est très ancienne. Des études d'inspiration très différente (épidémiologique, psychosomatique, factorialiste) ont défendu cette conception, ce qui explique, en partie, l'hétérogénéité des résultats et la structure variable de ces notions, qui sont tantôt des constellations composites (types, styles de vie), tantôt des dimensions unitaires (traits, facteurs).

1. Types et styles de vie à risques

L'approche psychosomatique a tout d'abord recherché un «profil de personnalité» qui correspondrait à certaines maladies (asthme, ulcères, cancers, diabète,...), puis s'est orientée vers la recherche de caractéristiques affectives et cognitives communes aux «personnalités psychosomatiques» (CONSOLI, 1996 ; KELLER, 2000 ; PÉDINIELLI, 1992).

L'approche épidémiologique, contrairement à la précédente, est athéorique au départ (c'est l'accumulation de résultats empiriques et leur éventuelle cohérence qui peuvent suggérer des hypothèses). La comparaison (rétrospective, puis prospective) de groupes d'individus malades et sains a permis, par exemple, de décrire des styles comportementaux associés au risque de développer des maladies coronariennes (type A) et des cancers (type C).

a) *Le type A est un ensemble complexe de caractéristiques (impatience, hostilité, compétitivité, vigueur des gestes et de la voix,...), que l'on évalue par un «entretien structuré» (FRIEDMAN et ROSEMAN, 1974) ou par auto-évaluation⁶. Ce style comportemental serait associé au risque de cardiopathie ultérieure, mais un tel résultat, observé dans les premières études prospectives, ne fut pas toujours retrouvé dans des études plus récentes mais aussi méthodologiquement plus robustes (ADLER et*

MATTHEWS, 1994 ; GOODALL, 1994). On pense aujourd'hui qu'il existe au sein du type A un «noyau toxique» plus spécifique (vision négative du monde et d'autrui, affects hostiles, réponses agressives), que l'on dénomme l'«hostilité cynique» (CONSOLI, 2001).

Plutôt qu'un antécédent dispositionnel stable, ce serait un *style particulier d'interaction avec autrui* face à des situations perçues comme des *défis* qui fragiliserait le système cardio-vasculaire des individus (BRUCHON-SCHWEITZER, à paraître). Les sujets hostiles s'exposent à des situations stressantes en se fixant des objectifs élevés, ce qui peut aboutir à l'épuisement (burn-out). Les sujets de type A, surtout les plus hostiles, créant autour d'eux un climat plutôt conflictuel, ne recevront pas de leur entourage le soutien social dont ils ont pourtant besoin (CONSOLI, 2001, pp. 36-39). Il y a chez ces sujets une véritable surenchère de la performance (fuite en avant). Tout ceci met à rude épreuve leur système cardio-vasculaire (activations brutales et répétées). On trouvera une explication biopsychosociale du risque coronarien dans GOODALL (1994), voir infra V.2.

b) *Le type C correspondrait à la «personnalité des cancéreux» (cancer-prone personality). Il a été décrit à la fois par les études psychosomatiques et par les recherches de type épidémiologique. Pour les premières, elle correspondrait à une structure et à une histoire particulières (conflit ancien non résolu, perte d'un autrui significatif, difficulté à exprimer les émotions, culpabilité, dévouement excessif, tendances dépressives,...). Les études épidémiologiques ont pour leur part abouti à une constellation relativement complexe de traits, appelée tantôt type C (CONTRADA et al., 1990 ; TEMOSHOK et al., 1990), tantôt type I (GROSSARTH-MATICEK et EYSENCK, 1990). Elle implique la difficulté à identifier et à verbaliser les affects négatifs (colère, anxiété) et la présence de cognitions dépressives sous-jacentes (auto-dépréciation, impuissance-désespoir fatalisme, perte de contrôle,...)⁷. L'échelle abrégée de type I, élaborée par ces auteurs, est présentée au Tableau 3.*

Les études prospectives explorant les relations entre type de personnalité et développement d'un cancer

6 On trouvera au Tableau 2 l'échelle de Type A de BORTNER (1969). Nous avons adapté et validé ce questionnaire auprès d'une population de 200 médecins généralistes masculins. Il mesure deux dimensions indépendantes : l'impatience et l'ambition-implication.

7 Les sujets de type C cachent leur détresse derrière une façade agréable. Le style cognitif et comportemental de ces personnes serait particulièrement coûteux et inefficace (masquer des émotions et des cognitions dépressives). Leurs affects anxio-dépressifs éventuels doivent donc être explorés par des procédures subtiles et indirectes.

CONCEPTS ET MODÈLES EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ

	VRAI	FAUX
1. J'ai beaucoup de mal à me défendre dans la vie.		
2. Je préfère me rallier aux opinions des autres plutôt que d'affirmer les miennes.		
3. J'ai plus tendance à répondre aux attentes des gens qui me sont proches qu'à me préoccuper de mes besoins personnels.		
4. J'ai tendance à laisser tomber mes objectifs personnels pour pouvoir être en accord avec les autres.		
5. Je suis incapable d'exprimer ouvertement mes sentiments et mes besoins devant les autres.		
6. J'ai tendance à accepter des situations qui vont à l'encontre de mes intérêts personnels sans être capable de protester.		
7. Je suis souvent incapable d'extérioriser des sentiments négatifs tels que la haine, l'agressivité ou la colère.		
8. Quand je subis un choc émotionnel, j'ai tendance à ne pas le montrer.		
9. Quand je suis déçu(e) sur le plan affectif, j'ai tendance à me sentir paralysé(e) ou bloqué(e).		
10. Quand quelque chose de terrible m'arrive (telle que la mort d'un être aimé), je suis incapable d'extérioriser mes émotions ou d'exprimer mes souhaits.		

Tableau 3 : Les 10 items de l'échelle abrégée de type I de GROSSARTH, MATICEK et EYSENCK (1990), d'après l'adaptation française de CONSOLI et al. (1993). La «personnalité prédisposée aux cancers»(appelée type C dans les premiers travaux (GREER, MORRIS, WATSON, ...) est dénommée ici type I. Il comprend : la répression des émotions négatives, des efforts pour maintenir à tout prix des relations harmonieuses avec autrui, l'impuissance perçue.

ont donné des résultats assez décevants. Il n'y aurait pas plus de 5% de variance commune dans ce cas entre personnalité et maladie (FOX, 1988). Comme on l'a fait pour le type A, on s'oriente aujourd'hui vers des facteurs de risque plus spécifiques, comme la répression des affects négatifs, qui serait plutôt un facteur de risque, et la dépressivité, qui serait plutôt un facteur de pronostic (BRUCHON-SCHWEITZER et al., 1998). On peut remarquer que le type C (comme le type A) n'est pas une caractéristique dispositionnelle, mais bien plutôt un *style transactionnel* adopté par certains individus face à des événements qu'ils perçoivent comme des *pertes*.

Certains modèles biopsychosociaux ont tenté d'expliquer le lien entre le type C et la genèse ou l'évolution ultérieure des cancers. Des hypothèses psycho-neuroimmunologiques très intéressantes ont été formulées (CONTRADA et al., 1990 ; TEMOSHOK, 1990), mais elles n'ont pas encore été étayées par des résultats empiriques convaincants (voir infra, § V.1). On délaisse aujourd'hui ces styles comportementaux composites et l'on s'oriente vers des dimensions plus simples et non spécifiques. Elles fragilisent ou protègent les individus, sans forcément correspondre à une pathologie bien particulière⁸.

2. Les traits «pathogènes»

D'après une méta-analyse menée par FRIEDMAN et BOOTH-KEWLEY (1987), certaines dimensions de la personnalité sont associées au risque de développer diverses maladies : l'hostilité, le névrosisme, la dépression et l'anxiété.

a) L'hostilité et la colère

Si l'on considère généralement la *colère* comme l'une des six émotions fondamentales, affect négatif éprouvé lors de situations de maltraitance ou de frustration par exemple, on considère l'*agression* comme un ensemble de comportements destructeurs généralement dirigés vers autrui, qui peuvent être déviés (vers des animaux, des objets, vers soi) ou encore exprimés sous forme symbolique et indirecte (on parle alors d'agressivité). L'*hostilité*, proche des notions précédentes est un ensemble de croyances négatives concernant autrui, perçu comme entrave, source de frustration et pouvant nuire. On distingue au sein de l'hostilité des composantes cognitives ou hostilité «cynique» (croyances négatives généralisées quant à la nature humaine, attributions

⁸ La démarche est alors ici l'inverse de la précédente. Au lieu de comparer des groupes malades et sains pour découvrir leurs différences psychologiques éventuelle et leur donner un sens, on part des dimensions de la personnalité déjà bien établies puis on étudie leur impact éventuel sur la santé.

Cynisme (vision négative de l'humanité) :

- 7. Je pense que la plupart des gens seraient capables de mentir pour obtenir de l'avancement.
- 9. La plupart des gens sont honnêtes simplement parce qu'ils ont peur de se faire prendre.
- 21. Il est plus sûr de ne faire confiance à personne.
- 24. La plupart des gens se font des amis parce que cela peut leur servir plus tard.

Attributions hostiles (croire que les comportements d'autrui sont dirigés contre soi) :

- 8. Quelqu'un m'en veut.
- 11. Quand une personne est aimable avec moi, je me demande souvent quelle en est la raison cachée.
- 19. Personne ne se soucie vraiment de ce qui pourrait m'arriver.
- 23. J'ai souvent eu l'impression que des inconnus me regardaient de façon critique.

Affects hostiles (colère, irritation, méfiance, ressentiment,...) :

- 12. Quand je travaille à quelque chose d'important et que je suis interrompu, cela m'exaspère.
- 29. Les gens me déçoivent souvent.
- 36. C'est pour moi comme un échec quand j'apprend le succès de quelqu'un que je connais bien.
- 39. Certaines personnes me sont tellement antipathiques que j'éprouve un plaisir secret à les voir prises sur le fait.

Réponses agressives (comportements hostiles observables) :

- 2. Quand quelqu'un m'a fait du tort, je dois lui rendre la pareille, simplement pour le principe.
- 32. Je ne me mets pas facilement en colère (item inversé).
- 37. J'ai parfois été obligé d'être grossier, afin de remettre à leur place des gens mal élevés.
- 45. Je ne me donne pas la peine de cacher à certains la mauvaise opinion que j'ai d'eux.

Évitement social (fuir les gens, éviter les contacts) :

- 3. J'essaie d'ignorer des camarades d'école ou des gens que je n'ai pas vu depuis longtemps, à moins qu'ils ne m'adressent la parole ;
- 26. Je n'adresse pas la parole à des inconnus avant qu'ils ne m'aient parlé.
- 31. Ça m'arrive souvent de demander aux gens quel est leur avis (item inversé).
- 41. Je ne participe pas aux ragots ni aux commérages du groupe dans lequel je suis.

Tableau 4. : Quelques uns des 50 items de l'échelle d'Hostilité de COOK et MEDLEY (1954), sous-échelle du MMPI. Elle permet, en additionnant les réponses à chaque item (coté 0 ou 1 selon l'absence ou la présence d'Hostilité) de calculer un score total d'Hostilité Ho. Chez 128 étudiants masculins américains (âge moyen : 25 ans), le score Ho était, en 1956, de 14,65 en moyenne (écart-type : 7,06), d'après BAREFOOT et al. (1989).

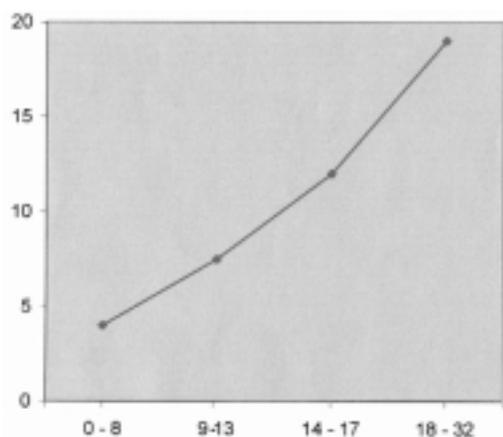


Figure 5. : Relation entre le score Ho et le taux de mortalité coronarienne d'une cohorte de 128 sujets suivis pendant 30 ans et âgés de 25 ans en moyenne lors de l'inclusion dans l'étude (d'après BAREFOOT et al., 1989)

hostiles), des composantes affectives (ressentiment, mépris, méfiance, irritation,...) et des aspects comportementaux (signes observables, gestuels et/ou verbaux, de colère, d'agressivité et d'impatience).

L'hostilité est impliquée dans les maladies cardio-vasculaires dont, notamment, l'hostilité « expressive » qui correspond à des réponses (comportementales, verbales) ouvertement agressives (FELSTEN, 1996). L'hostilité « cynique », telle que mesurée par exemple par l'échelle Ho (hostilité) de COOK et MEDLEY (1954), serait la facette la plus nocive du type A, surtout lorsqu'elle est associée à la colère rentrée (Anger In). On trouvera quelques items de cette échelle d'Hostilité au Tableau 4.

La relation entre le score Ho à cette échelle et la mortalité coronarienne est selon BAREFOOT et al. (1989),

CONCEPTS ET MODÈLES EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ

positive et très significative (voir Figure 5.) L'hypersécrétion de testostérone, observée chez les sujets hostiles et de type A pourrait contribuer à l'athérogenèse. Chez les sujets hostiles placés dans des situations compétitives, les réponses émotionnelles et comportementales s'accompagnent d'une activation conjointe des systèmes sympathique et corticosurrénalien, d'une élévation de la pression artérielle et d'une accélération du rythme cardiaque. Tout ceci pourrait, à la longue, fragiliser le système cardio-vasculaire (CONSOLI, 2001 ; VAN HECK, 1997).

b) Le névrosisme est un facteur bipolaire de la personnalité (névrosisme/stabilité) d'un niveau général (c'est l'un des cinq grands facteurs). Il comprend divers affects négatifs (dépression, hostilité, anxiété, sentiment de vulnérabilité,...) et implique la labilité du système nerveux autonome. Son association avec divers symptômes somatiques est si consistante que divers auteurs le considèrent comme décrivant la «*personnalité prédisposée à la maladie*» (FRIEDMAN et BOOTH-KEWLEY, 1987 ; BERMUDEZ, 1999). Dans les revues de la littérature pré-citées, le critère est le plus souvent auto-évalué (ce sont des plaintes somatiques ou «*illness*» plutôt que des pathologies objectives ou «*disease*»). Le névrosisme serait la «*personnalité prédisposée à la détresse*» («*distress-prone personality*») plutôt qu'à la maladie, car ses relations avec des mesures objectives de l'état de santé sont faibles et inconsistantes (STONE et COSTA, 1990).

c) La dépression. C'est la caractéristique de personnalité la plus fortement associée aux maladies chroniques (FRIEDMAN et BOOTH-KEWLEY, 1987). On peut considérer la dépression comme un ensemble hétérogène de troubles de l'humeur provenant de nombreuses causes psychologiques et/ou biochimiques. Elles comprennent des affects négatifs (tristesse, découragement, soucis,...), des

cognitions particulières (dévalorisation de soi, culpabilité, idées d'indignité, d'échec,...), des *troubles comportementaux* (retrait, isolement, ralentissement,...) et *somatiques* (fatigue, faiblesse, vertiges, céphalées, troubles du sommeil et de l'appétit,...). Mais, si la dépression semble bien accompagner la plupart des affections organiques (10 à 30% des patients somatiques sont dépressifs selon les critères du DSM IV, contre 3 à 6% dans la population générale), c'est plutôt comme effet que comme cause. Son rôle étiologique supposé n'a pas été confirmé dans les études prospectives récentes, en ce qui concerne les cancers par exemple. Certaines cognitions dépressives spécifiques (comme l'impuissance-désespoir) pourraient, en revanche, être impliquées en tant que médiateurs dans l'évolution de certains cancers (BRUCHON-SCHWEITZER et al., 1998 ; COUSSON-GÉLIE, 2001).

d) Autres facteurs de vulnérabilité. De nombreuses autres caractéristiques dispositionnelles sont considérées comme pathogènes. L'*alexithymie*, proche de la notion de «*pensée opératoire*», désigne le *fonctionnement de certains individus ayant des difficultés à identifier et exprimer leurs émotions et recourant à «l'agir» en cas de désarroi*. Elle est supposée jouer un rôle important dans la genèse des troubles «*psychosomatiques*» (NEMIAH, 1996 ; TAYLOR et al. 1991). L'alexithymie correspondrait davantage à une perturbation des croyances et des comportements relatifs à la santé et à la maladie (amplification des symptômes, difficulté à consulter,...) qu'à des troubles organiques effectifs (CONSOLI, 1996 ; LUMLEY et al., 1997 ; PÉDINIELLI, 1992). L'une des échelles d'alexithymie les plus utilisées est la TAS-20 de BAGBY et al. (1994). Elle est présentée au Tableau 5.

L'*anxiété* est considérée en psychologie comme une *dimension continue des conduites correspondant à la sensibilité (plus ou moins importante) à une gamme*

Difficulté à identifier ses sentiments :

1. Cela m'arrive de ne pas savoir quelle émotion j'éprouve exactement.
9. J'ai des sentiments que je n'arrive pas tout à fait à identifier.
13. Je ne sais pas très bien ce qui se passe à l'intérieur de moi.

Difficulté à décrire ses sentiments :

2. Cela m'est difficile de trouver les mots justes pour décrire mes sentiments.
4. J'arrive à décrire mes sentiments facilement (item inversé).
12. On m'a déjà demandé de décrire plus précisément mes sentiments.

Pensée orientée vers la réalité extérieure :

8. Je préfère laisser les choses arriver, plutôt que d'essayer de comprendre pourquoi elles se passent ainsi.
15. Je préfère parler aux gens de leurs activités plutôt que de leurs sentiments.
20. Rechercher le sens caché d'un film ou d'une pièce de théâtre gêne un peu le plaisir.

Tableau 5. : Quelques exemples d'items de l'échelle d'Alexithymie de Toronto la TAS-20 (BAGBY et al., 1994).

(plus ou moins étendue) d'événements perçus comme menaçants. L'aspect dispositionnel stable de cette dimension (l'anxiété-trait) apparaît comme facteur de premier ordre ; c'est l'une des six composantes d'un facteur plus général de Névrosisme, l'un des «cinq grands facteurs» (voir le «Five Factor Model» de COSTA et Mc CRAE, 1992).

L'anxiété-trait est associée à diverses pathologies somatiques (asthme, ulcères, migraines,...), d'après diverses études transversales et prospectives (FRIEDMAN et BOOTH-KEWLEY, 1987). Les critères de santé utilisés par ces auteurs étant le plus souvent auto-évalués, il est difficile de connaître le rôle de l'anxiété dans l'étiologie des diverses maladies. Quelques très rares recherches semblent montrer que l'anxiété-trait est impliquée dans l'hypertension et dans certaines complications post-opératoires (BRUCHON-SCHWEITZER, 2001).

Il existe bien d'autres caractéristiques supposées pathogènes, comme, par exemple, l'affectivité négative (AN), facteur général qui regroupe les émotions désagréables (tristesse, nervosité, détresse, colère, culpabilité, inquiétude,...). Cette dimension s'est avérée assez fortement corrélée au Névrosisme (corrélation de l'ordre de + 0,70), d'après les travaux de WATSON et al. (1988). Dans les recherches menées par cet auteur et ses collègues apparaissent en effet des corrélations stables et significatives (de l'ordre de + 0,33 en moyenne) entre l'AN et divers problèmes de santé (WATSON et PENNEBAKER, 1989). Mais, comme l'ont souligné plusieurs auteurs dont STONE et COSTA (1990), les relations entre AN et santé, positives lorsque la santé est auto-estimée, deviennent non-significatives lorsque les critères sont estimés «objectivement». On trouvera une échelle d'affectivité négative et d'affectivité positive (la PANAS), au Tableau 6.

Très peu ou Pas du tout 1	Parfois ou un peu 2	De temps en temps ou modérément 3	Souvent ou beaucoup 4	Très souvent ou tout à fait 5
------------------------------------	------------------------------	--	--------------------------------	--

Comment je me sens, en général :

	1	2	3	4	5
1. intéressé, curieux, motivé					
2. angoissé*					
3. excité, animé, éveillé					
4. contrarié*					
5. fort					
6. coupable*					
7. effrayé*					
8. hostile*					
9. enthousiaste					
10. fier					
11. irritable*					
12. alerte, vigilant					
13. honteux*					
14. inspiré, stimulé					
15. nerveux*					
16. déterminé					
17. attentif, soigneux					
18. froussard*					
19. actif					
20. craintif*					

Tableau 6 : La PANAS, échelle d'affectivité positive et d'affectivité négative de WATSON et al. (1988). Pour calculer le score d'affectivité positive (AP), faire la somme des réponses de 1 à 5 aux items 1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17 et 19 (score total de 10 à 50) ; pour calculer le score d'affectivité négative (AN)* faire la somme des réponses de 1 à 5 aux items 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18 et 20 (score total de 10 à 50).

De tels résultats, parfois décevants, ont eu le mérite de faire prendre conscience de la nécessité absolue de distinguer désormais dans les recherches prospectives à venir les caractéristiques subjectives (auto-évaluations) et objectives (mesures directes, hétéro-évaluations) de la santé et de la maladie.

3. Les caractéristiques salutogènes

Si la recherche des facteurs de vulnérabilité est déjà ancienne et classique, le fait de s'intéresser aux caractéristiques protectrices de la personnalité est récent (15 à 20 ans). Ceci explique, au moins en partie, pourquoi ce domaine forme un ensemble aussi hétéroclite. On y trouve en effet pêle-mêle des caractéristiques empruntées aux approches socio-cognitives et socio-comportementales (lieu de contrôle, attribution causale, optimisme, auto-efficacité) des facteurs issus des approches différentielles de la personnalité et des notions composites, issues de recherches comparatives menées en épidémiologie et en psychiatrie notamment, pour découvrir les facteurs différenciant les individus vulnérables des individus ayant «résisté» à des événements stressants. Nous ne pourrions ici décrire de façon approfondie chacune de ces notions ni le contexte théorique et empirique d'où elles sont issues (pour une approche détaillée, voir BRUCHON-SCHWEITZER, à paraître).

a) Croyances et styles cognitifs

Certains concepts sont issus des approches socio-cognitives et/ou des théories de l'apprentissage social.

- *L'optimisme* est un *style cognitif global*, consistant à avoir une *vision positive de soi et du monde et à croire en l'issue favorable des événements et de nos actions* (SCHEIER et CARVER, 1992). On trouvera au Tableau 7 le LOT (Life Orientation Test) de SCHEIER et CARVER (1985), qui permet d'évaluer rapidement l'optimisme «dispositionnel» (comme caractéristique stable de la personnalité). Il est associé à une bonne santé physique et émotionnelle, d'une part parce qu'il modère l'impact des événements aversifs (par exemple une maladie ou une opération), d'autre part parce que ses effets sont médiatisés par des stratégies d'ajustement

1. Dans les moments d'incertitude, je pense en général que tout ira pour le mieux
2*. Quand quelque chose doit aller mal, ça ira mal
3. Je regarde toujours le bon côté des choses
4. Je suis optimiste envers l'avenir
5*. Je ne m'attends pas à ce que les choses évoluent en ma faveur
6*. Les affaires ne vont jamais comme je le voudrais
7. Je me dis toujours que «après la pluie le beau temps»
8*. Je pense rarement que des choses agréables vont m'arriver

**Tableau 7 : Le LOT (Life Orientation Test) de SCHEIER et CARVER (1985).
Les items 1, 3, 4, 7 évaluent l'optimisme, les items 2, 5, 6 et 8 l'absence d'optimisme (ou pessimisme).**

actives et par des styles de vie sains (SCHWARZER, 1994). Au contraire, des croyances pessimistes sont associées à des problèmes de santé ultérieurs. Ceci est démontré par exemple par une étude de PEDERSEN et al. (1988) qui a consisté à suivre une cohorte d'une centaine d'étudiants masculins pendant 35 ans !⁹

- *Le lieu de contrôle* est un concept très populaire en psychologie de la santé comme en psychologie sociale (ROTTER, 1975). *C'est la croyance généralisée dans le fait que les événements ultérieurs dépendent soit de facteurs internes (actions, efforts, capacités) soit de facteurs externes (destin, chance, hasard, personnages puissants)*. Des concepts plus spécifiques se sont développés concernant le *lieu de contrôle de la santé* (WALLSTON et al., 1978). D'après des dizaines de recherches, *l'internalité*, qu'elle soit générale (échelle I/E de ROTTER) ou spécifique (échelle MHLCS de WALLSTON), *s'est avérée associée au bien-être émotionnel et physique*. Croire que l'on maîtrise son devenir atténue en effet l'impact des événements de vie stressants et est lié à l'adoption de styles de vie sains. Cela dit, la relation entre internalité et santé est assez complexe car diverses variables interagissent avec le LOC (BRUCHON-SCHWEITZER, à paraître).
- *L'auto-efficacité* est la *croyance des individus en leur capacité à mobiliser les ressources nécessaires pour maîtriser la situation et réussir certaines tâches* (BANDURA, 1997). Ses effets sont salutogènes. L'auto-efficacité s'est avérée associée à des styles de vie sains et à une bonne adhésion thérapeutique chez les per-

⁹ L'optimisme «dispositionnel» ne doit pas être confondu avec l'optimisme «irréaliste» («biais d'optimisme» ou «optimisme comparatif»), qui consiste à se croire invulnérable et induit des styles de vie à risques.

	Faux	Plutôt faux	Plutôt vrai	Vrai
1. J'arrive toujours à résoudre des problèmes difficiles si j'insiste				
2. Si quelqu'un me fait obstacle, je trouve toujours des moyens pour parvenir à ce que je veux				
3. C'est facile pour moi de maintenir mon but et d'atteindre mes objectifs				
4. Je sais que je peux maîtriser les événements imprévus de façon efficace				
5. Grâce à mes compétences, je peux contrôler des situations inattendues				
6. J'arrive à trouver une solution à tous les problèmes si je fais l'effort nécessaire				
7. Je reste calme quand je suis confronté à des difficultés, car je compte sur mes capacités à les résoudre				
8. Face à un problème, je trouve d'habitude plusieurs solutions				
9. Même si je suis coincé, je trouve habituellement quelque chose à faire				
10. Quoiqu'il arrive, je sais en général comment m'en sortir				

Tableau 8 : L'échelle d'auto-efficacité généralisée de JERUSALEM ET SCHWARZER (1992).

sonnes malades. C'est un modérateur significatif de l'impact des événements stressants sur la santé. Il existe des mesures économiques et valides de l'auto-efficacité comme, par exemple, l'échelle de JERUSALEM et SCHWARZER (1992), présentée au Tableau 8.

b) Notions composites

On a recherché les caractéristiques permettant à certains individus de résister à des situations stressantes majeures (guerre, maltraitance, déportation, catastrophes naturelles,...). Les premières recherches ont été menées par des ethnologues, des sociologues, des psychiatres et pédo-psychiatres.

- *L'endurance (hardiness) est un groupe de trois caractéristiques : l'engagement* (fait de s'impliquer dans ses activités), *le contrôle* (croire que l'on peut influencer le cours des événements) et *le défi* (considérer les changements comme des occasions pour progresser). Ce concept composite a été élaboré par KOBASA et al. (1982). Les sujets endurants résistent mieux que les autres à l'adversité et aux événements de vie stressants. L'endurance modère la relation entre événements stressants et développement d'une pathologie, selon ces auteurs. La technique utilisée pour évaluer cette notion semble hélas d'une validité

douteuse (KADDOUR, 2000). En outre, seule la composante de «contrôle» a un impact favorable clairement démontré sur la santé (COHEN et EDWARDS, 1989). Les sujets endurants, placés dans des situations stressantes, utiliseraient davantage de stratégies de coping «fonctionnelles» (coping centré sur le problème, recherche de soutien) que les autres (HORNER, 1998).

- *Le sens de la cohérence* ou SOC (Sense of Coherence) est un concept élaboré par ANTONOVSKY (1990) dans le contexte d'une théorie socio-cognitive originale, élaborée suite à l'étude clinique des récits des survivants aux camps de concentration. *Un individu cohérent perçoit les événements extérieurs et sa propre vie comme compréhensibles, maîtrisables et ayant une signification pour le sujet* (système de valeurs, engagement). L'auteur a élaboré une échelle de sens de la cohérence (SOC), dont il existe une version courte (voir Tableau 9). Le SOC apparaît bien comme une ressource qui atténue l'impact des événements stressants sur la santé, ceci d'après diverses études.
- *La résilience* est un terme emprunté à la physique, désignant la propriété qu'ont certains matériaux de pouvoir plier sans se rompre lorsqu'ils sont soumis à des forces ou à des chocs très importants. Divers auteurs ont rapporté dans les années 80 des observations concernant des enfants ayant survécu à des conditions de vie extrêmement aversives et pré-

CONCEPTS ET MODÈLES EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ

1. Avez-vous le sentiment que ce qui se passe autour de vous ne vous concerne pas (de 1, très souvent à 7, très rarement) ?	8. Cela vous arrive-t-il d'avoir des sentiments et des idées assez confus et embrouillés (de 1, très souvent à 7, très rarement) ?
2. Vous est-il arrivé d'être surpris par le comportement de personnes que vous pensiez pourtant bien connaître (de 1, très souvent à 7, très rarement) ?	9. Vous arrive-t-il d'éprouver des sentiments que vous préféreriez ne pas ressentir (de 1, très souvent à 7, très rarement) ?
3. Est-il déjà arrivé que les gens sur lesquels vous comptiez vous aient déçu (de 1, très souvent à 7, très rarement) ?	10. Beaucoup de personnes, même celles qui ont du caractère, se sentent parfois impuissantes dans certaines situations. Avez-vous déjà ressenti cela (de 1, très souvent à 7, très rarement) ?
4. Jusqu'ici, votre vie a été orientée vers des objectifs ou des buts (de 1, pas très clairs, pas très définis à 7, très clairs, très définis) ?	11. Quant quelque chose vous arrive, vous avez tendance [de 1, à surestimer (ou sous-estimer) son importance, à 7, à évaluer son importance correctement, dans de justes proportions].
5. Avez-vous le sentiment d'être traité de façon injuste (de 1, très souvent à 7, très rarement) ?	12. Vous arrive-t-il de penser que les choses que vous faites quotidiennement n'ont pas beaucoup de sens, pas beaucoup d'intérêt (de 1, très souvent à 7, très rarement) ?
6. Avez-vous le sentiment d'être dans une situation inhabituelle et de ne pas savoir quoi faire (de 1, très souvent à 7, très rarement) ?	13. Vous arrive-t-il d'avoir des sentiments que vous n'êtes pas sûr de pouvoir contrôler (de 1, très souvent à 7, très rarement) ?
7. Faire ce que vous faites chaque jour est une source (1, de déplaisir et d'ennui à 7, de grand plaisir et de satisfaction).	

Tableau 9 : L'échelle de SOC (Sense of Coherence), version abrégée d'ANTONOVSKY (1987).

caires et ayant réussi à mener une existence adulte équilibrée et riche de sens (RUTTER, 1985). On a regroupé toutes les caractéristiques psychosociales observées chez ces sujets et supposées protectrices sous le nom de *résilience*. La résilience «*c'est la capacité à réussir à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress et d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative*» (CYRULNIK, 1999, p. 10). Un enfant résilient a su élaborer des stratégies d'ajustement flexibles et efficaces malgré des conditions de vie très difficiles et éprouvantes. Il a pu, malgré tout, vivre quelques expériences gratifiantes, étayées sur un *lien affectif positif* établi avec d'autres personnes et construire un *système cohérent de croyances et de valeurs*. A propos des facteurs qui protègent l'enfant (facteurs dispositionnels, contextuels et transactionnels combinés) et que l'on regroupe sous le nom de *résilience*, on pourra consulter la synthèse de FORTIN et BIGRAS (2000).

La question de savoir pourquoi certains individus soumis pourtant à des situations extrêmement stressantes trouvent des ressources suffisantes pour y résister a été posée dans des contextes disciplinaires fort différents (psychiatrie, sociologie, épidémiologie,...). Si les notions qui en sont issues sont distinctes, on peut y déceler quelques points communs. Elles impliquent toutes la *croissance en une maîtrise possible des événements* (contrôle perçu), l'*adoption de comportements actifs pour affronter les situations* (engagement, implication) et la *quête de sens* (compréhension, recherche de signification et de cohérence). La composante affective de ces notions est le plus souvent occultée (sauf dans la résilience), alors que l'on connaît par ailleurs le rôle protecteur de l'affectivité positive et de l'estime de soi. On peut regretter, en outre, le manque de recherches synthétiques et intégratives qui permettraient de clarifier ce domaine et de situer ces concepts les uns par rapport aux autres¹⁰.

10 Une synthèse relative aux diverses dimensions salutogènes de la personnalité est rendue difficile par le fait que les définitions opérationnelles de ces notions (à part celles de lieu de contrôle) sont soit rares (auto-efficacité, optimisme, sens de la cohérence), soit difficilement accessibles (endurance), soit inexistantes (résilience).

4. Les facteurs généraux de la personnalité

a) Affectivité positive et affectivité négative.

Pour surmonter le problème de l'émiettement des recherches et de la redondance des notions existantes (caractéristiques pathogènes et salutogènes), des auteurs comme WATSON et PENNEBAKER (1989) ont tenté de regrouper par des analyses factorielles les dimensions associées à la *vulnérabilité* (anxiété, névrosisme, dépression, hostilité,...), d'une part, et à la *vitalité* psychique et physique (optimisme, contrôle, extraversion,...), d'autre part. Ils ont obtenu deux facteurs généraux, en légère intercorrélation négative : l'*affectivité négative* (AN) qui regroupe des affects désagréables (tristesse, détresse, nervosité, colère, inquiétude, culpabilité,...) et l'*affectivité positive* (AP) qui comprend des états émotionnels et cognitifs particuliers (enthousiasme, plaisir, curiosité, énergie, attention, détermination,...)¹¹. L'AN, très fortement liée au Névrosisme, s'est avérée très généralement associée à des troubles émotionnels et somatiques. La corrélation de l'AN avec la santé physique est, en moyenne, $r = +0,33$. Mais cette relation devient non significative lorsque la santé est estimée par des méthodes objectives ou par un tiers (STONE et COSTA, 1990). Quant à l'AP, elle est associée de façon stable au bien-être émotionnel mais non à la santé physique (HORNOR, 1998). Selon ce même auteur, le lien entre ces dimensions et la qualité de vie serait médiatisé par des stratégies évaluatives et transactionnelles «dysfonctionnelles» dans le cas de l'AN (stress perçu, stratégies centrées sur l'émotion) et «fonctionnelles» en ce qui concerne l'AP (réévaluation positive stratégies centrées sur le problème.).

La démarche de WATSON et ses collègues était de partir de caractéristiques spécifiques de la personnalité fortement associées à la vulnérabilité d'une part et à la vitalité d'autre part, pour les regrouper en dimensions plus générales, attendues par hypothèse (démarche confirmatoire). La démarche classiquement adoptée par les factorialistes, démarche inductive et exploratoire, au moins dans un premier temps, est tout à fait différente.

b) Le modèle en cinq facteurs (Five Factor Model)

Certains auteurs sont partis des principaux facteurs répertoriés dans le domaine de la personnalité, et notamment du modèle en cinq facteurs, le plus consensuel actuellement (COSTA et Mc CRAE, 1985). Considérés séparément, ces facteurs ont des relations stables, mais modérées, avec divers critères de santé ou de maladie. *N* (Névrosisme) et *O* (Optimisme) s'avèrent associés à quelques caractéristiques dysfonctionnelles comme le recours à des stratégies centrées sur l'émotion pour *N* (BERMUDEZ, 1999) et l'adoption de certains comportements à risques pour *O* (VAN HECK, 1997). Mais les relations directes à des critères de santé sont faibles et inconsistantes. En revanche les facteurs *C* (*être consciencieux*), *A* (*être agréable*) et à un moindre degré *E* (*Extraversion*) ont un effet salutogène indirect. Cet effet est médiatisé par l'adoption de styles de vie sains, cela surtout pour les deux premiers (prudence dans la conduite automobile, alimentation équilibrée, bonne adhésion thérapeutique,...).

Les cinq facteurs pris ensemble rendraient compte de 29% de la variance commune entre personnalité et comportements sains (BOOTH-KEWLEY et VICKERS, 1994), ce qui serait surtout dû au rôle protecteur des facteurs *C* et *A*. Cependant, un tel pourcentage de variance commune entre les cinq facteurs et les styles de vie n'a pas été retrouvé ensuite (de 6 à 12% chez LEMOS-GIRALDEZ et al., 1997). Il est possible que le modèle en cinq facteurs ne soit pas le cadre de référence le plus pertinent pour maximiser les liens entre personnalité et santé. Ce modèle est en effet extrêmement général (il décrit toutes les conduites et non spécialement celles qui protègent ou fragilisent). En outre, les avis sont partagés quant à l'utilité de facteurs aussi décontextualisés et généraux (VAN HECK, 1997)¹².

L'intérêt des chercheurs s'est déplacé des *facteurs contextuels* (qui fragilisent ou protègent l'individu) et des *facteurs dispositionnels* (facteurs «pathogènes» ou «salutogènes» de la personnalité) vers l'étude de certains *processus transactionnels* qui pourraient jouer un *rôle médiateur* fonctionnel ou dysfonctionnel, en atténuant ou en amplifiant l'impact des antécédents environnementaux et individuels sur la santé des individus.

11 On trouvera la PANAS (échelle d'AP et d'AN de WATSON et al., 1988) au Tableau 6 (Voir plus haut). Elle comprend 10 items d'AP et 10 items d'AN. Si l'AN comprend des affects désagréables, l'AP inclut pour sa part des émotions et cognitions associées à l'implication dans les activités (et pas seulement des émotions agréables). Les sujets ayant des scores d'AP faibles sont fatigables et apathiques.

12 Dans nos propres recherches, la prédictivité des aspects spécifiques de la personnalité (fragilité, robustesse) s'est avérée supérieure à celle des facteurs généraux. Ceci dit, les relations observées entre caractéristiques de personnalité et santé, bien que consistantes, sont généralement modestes (pas plus de 10 à 12% de variance commune lorsque la santé organique est évaluée objectivement).

V- LES PROCESSUS TRANSACTIONNELS

Nous avons adopté un modèle intégratif en Psychologie de la Santé (voir supra, Figure 4 page 9). Ce modèle reconnaît le rôle des *facteurs environnementaux* et de certains *facteurs personnels* sur divers *critères d'ajustement* (bien-être, qualité de vie, satisfaction, santé, rémission ou guérison, réussite d'un sevrage,...) ou de non-ajustement (dépression, affectivité négative, insatisfaction, initiation d'une pathologie, récédive ou aggravation, décès). Ces *effets directs* ont été établis par de nombreuses études antérieures mettant en évidence l'impact de certains facteurs de vulnérabilité ou de protection¹³.

L'originalité de l'*approche transactionnelle* du stress proposée par LAZARUS et FOLKMAN (1984) est de considérer comme très importantes les tentatives *actuelles* des individus pour s'ajuster aux perturbations, réelles et perçues, de l'environnement (transactions individu-environnement). Les variables transactionnelles correspondent à l'*activité du sujet* » (perceptive, cognitive, émotionnelle, comportementale et physiologique). Selon le néo-behaviorisme, des variables médiatrices sont les processus par lesquels les variables indépendantes (ici, les prédicteurs) influencent les variables dépendantes (ici, les critères). Ces médiateurs, modulant l'impact des événements aversifs sur la santé, comprennent une phase d'évaluation préalable et une phase d'ajustement (ou «coping»).

1. La phase évaluative

Tout individu, compte-tenu de *ce qu'il est* (de son histoire) et *des événements qu'il subit* (ici et maintenant), va tenter d'identifier la situation (nature, signification,...), de l'évaluer (gravité, durée,...) et d'estimer ses ressources (personnelles et sociales) afin d'y faire face. Les processus transactionnels les plus étudiés dans cette phase sont : le stress perçu, le contrôle perçu, le soutien social perçu, mais il en existe beaucoup d'autres (recherche de sens, attributions causales, normes subjectives, croyances, auto-efficacité perçue,...).

a) Le stress perçu

«Le stress est une transaction particulière entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme excédant ses ressources et pouvant menacer son bien-être » (LAZARUS et FOLKMAN, 1984, p. 19). Selon cette conception, ce ne sont pas les caractéristiques objectives d'une situation stressante (gravité, fréquence, durée, nature,...) mais plutôt son évaluation (perceptivo-cognitive) et son retentissement (émotionnel et physiologique), *propres à chaque individu*, qui moduleraient la relation entre le contexte aversif (actuel ou passé) et l'état de santé ultérieur. Nous insistons donc sur la nécessité de distinguer les stressseurs environnementaux objectifs (par exemple la charge horaire de travail, les responsabilités humaines et matérielles, les risques d'accident,...) du stress professionnel «perçu», en utilisant des mesures et des consignes non ambiguës.

Les études qui ont été menées quant à l'effet de divers types de stressseurs (familiaux, scolaires, professionnels, médicaux) sur divers critères (risques cardio-vasculaires, risques d'infection, issue d'un accouchement,...) montrent que le stress perçu est en général, plus prédictif que les mesures objectives (COHEN et WILLIAMSON, 1988 ; ADLER et MATTHEWS, 1994). C'est aussi ce que nous avons constaté dans plusieurs études menées dans notre équipe, dont voici deux exemples.

Une étude a été menée par RASCLE (2000) sur les effets d'une mutation professionnelle subie par 145 employés sur quatre critères (anxiété-état, satisfaction au travail, performance objective, absentéisme). L'intensité de la mutation n'a d'effet (direct et positif) que sur l'absentéisme. En revanche, l'effet dysfonctionnel de cette variable sur l'anxiété-état des employés (augmentée) et leur satisfaction au travail (diminuée) est indirect : il est médiatisé par le stress perçu. Les résultats de cette étude, obtenus par une analyse de pistes causales (LISREL 7) sont présentés à la Figure 6.

Une autre étude a concerné 200 médecins généralistes. Elle a pris en compte deux antécédents dispositionnels (les composantes du type A : impatience et implication-ambition), deux antécédents contextuels (surcharge de travail, ancienneté) et quatre variables transactionnelles (stress perçu, répression des émotions, coping centré sur le problème, recherche de soutien). Les critères à prédire sont les composantes du burn-out (épuisement, distance vis-à-vis des usagers,

¹³ Cet effet est plus marqué encore si le critère à prédire est l'évolution d'une maladie pré-existante (facteurs de risque) plutôt que l'initiation d'une nouvelle pathologie (facteurs de pronostic).

accomplissement) et la satisfaction professionnelle. C'est le stress perçu qui prédit l'épuisement professionnel ($\beta = 0,51$, $p < 0,01$) et non la charge de travail, d'après une analyse de pistes menée avec Lisrel 8 (KOLECK et al., 2000). Les résultats de cette étude sont présentés à la Figure 7.

Nous pensons donc qu'il est utile d'évaluer à la fois les événements stressants en soi (mesures objectives, hétéro-évaluations) et la façon dont le sujet concerné les ressent (auto-évaluation), ceci dans les recherches comme dans les études cliniques. Le stress perçu est l'un des médiateurs essentiels par lesquels transitent à la fois les caractéristiques de la situation aversive et la personnalité du sujet. *Son rôle est en général dysfonctionnel* (notamment vis-à-vis de critères comme le bien-être, la satisfaction et la qualité de vie. On pense que le stress perçu accroît la probabilité d'adopter des stratégies d'ajustement centrées sur l'évitement ou évitantes, stratégies généralement peu efficaces. Ceci apparaît bien dans les recherches citées ci-dessus (voir Figures 6 et 7.).

Les techniques d'évaluation du stress se sont beaucoup améliorées depuis les années 80. Les plus récentes distinguent par exemple l'occurrence des événements de leur *retentissement subjectif*. C'est le cas de la JSS (Job Stress Survey) de SPIELBERGER (1994), qui permet de connaître non seulement la fréquence des caractéristiques stressantes d'emploi donné, mais aussi leur impact subjectif sur le salarié (SIFAKIS et al., 1999). Les outils permettant d'évaluer à la fois les caractéristiques objectives des événements stressants (nature, gravité, durée, fréquence,...) et leurs caractéristiques perçues (origine, signification, importance,...) sont encore assez rares.

b) Le contrôle perçu

Compte-tenu des caractéristiques perçues d'un stresser, l'individu pense-t-il pouvoir maîtriser la situation ? Le *contrôle perçu* consiste à croire que l'on dispose des ressources personnelles permettant d'affronter et de maîtriser les événements. C'est un proces-

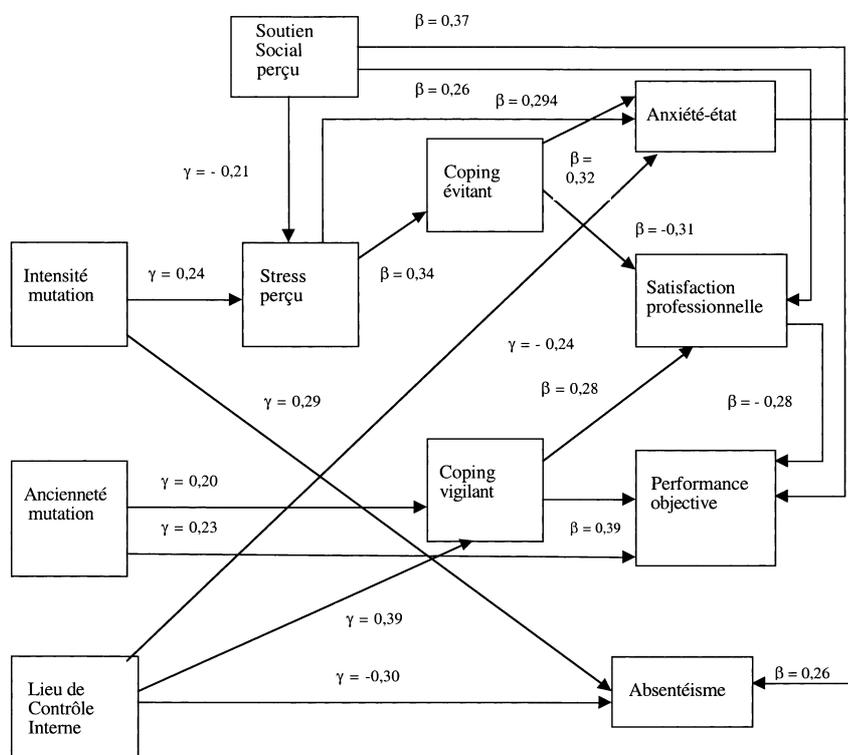


Figure 6 : Graphique de synthèse des résultats d'une analyse de pistes causales réalisée avec LISREL 7 (seules les liaisons significatives à $p < 0,01$ sont représentées) sur les réponses de 145 employés ayant subi une mutation (GFI = 0,917 ; RMR = 0,074), voir RASCLE (2000).

CONCEPTS ET MODÈLES EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ

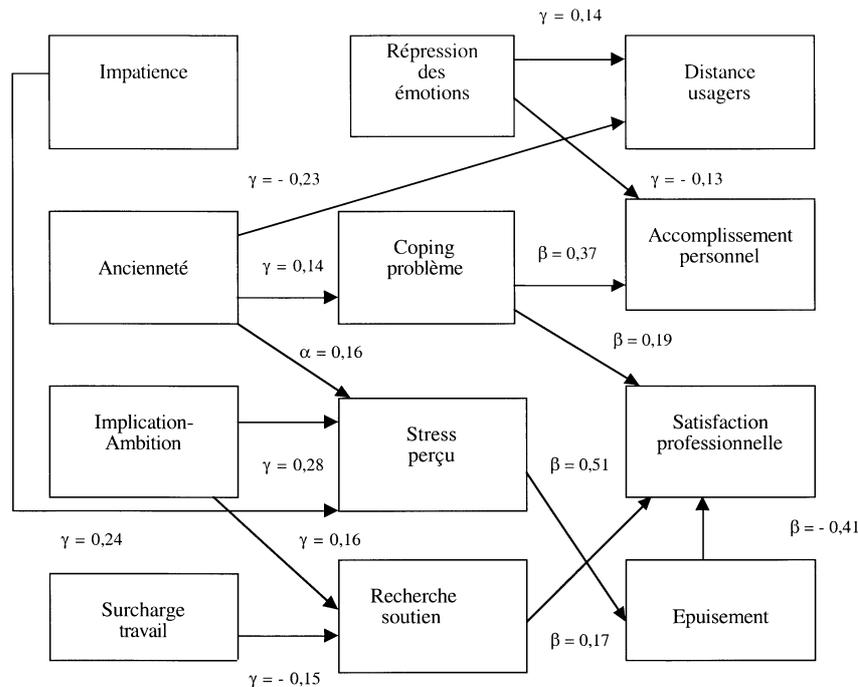


Figure 7 : Résultats d'une analyse de pistes (LISREL 8) menée sur les réponses de 200 généralistes français (GFI = 0,96 ; $\chi^2 = 61,25$; ddl = 68) par KOLECK et al. (2001).

sus évaluatif en interaction avec le précédent, il est *relativement spécifique* (il est fonction d'une situation particulière) et *transitoire* (c'est un état momentané), ce qui le distingue du Lieu de Contrôle, croyance durable et généralisée, considérée comme un antécédent dispositionnel plutôt que comme un processus transactionnel.

Le contrôle perçu joue un rôle très généralement protecteur vis-à-vis de la santé somatique et psychique (BRUCHON-SCHWEITZER et al., 2001). En revanche, le sentiment de perte de contrôle (appelé parfois impuissance perçue) a des effets dysfonctionnels. Il augmenterait le risque de développer certaines maladies comme les cancers (BRUCHON-SCHWEITZER et al., 1998) ou les pathologies cardio-vasculaires (GOODALL, 1994, p. 195). Mais il s'agit plus d'un facteur de pronostic que d'un facteur de risque, d'après les travaux menés sur des lombalgiques, des traumatisés médullaires, des diabétiques, des patients infectés par le VIH, des arthritiques et des patients cancéreux (BRUCHON-SCHWEITZER et QUINTARD, 2001).

Le contrôle perçu ne peut être évalué que par des échelles spécifiques relatives à une situation stressante particulière, comme la maladie en général, la douleur, le diabète, etc... Dans le domaine de la santé somatique, on utilise généralement la MHLCS (Multidimensional Health Locus of Control Scale) de WALLSTON et al. (1978). Cette échelle, validée sur des échantillons différents de patients, mesure trois aspects du contrôle perçu : *contrôle interne I* (internalité), *contrôle externe C* (chance), *contrôle externe P* (personnages puissants). Elle est présentée au Tableau 10.

Croire que son état de santé dépend de facteurs aléatoires (comme le destin, le hasard ou la malchance) a généralement un effet défavorable, notamment sur le bien-être subjectif. Mais dans le cas où la menace est grave, durable et peu contrôlable, ce sont alors les sujets « internes » qui présentent le plus de détresse, sans doute parce que leurs efforts répétés s'avèrent infructueux et que leurs croyances internes peuvent alors renforcer la tendance à l'auto-accusation et la culpabilité (BRUCHON-SCHWEITZER et al., 2001, p. 5).

INSTRUCTIONS

Pour chacune des 18 propositions présentées ci-dessous, indiquez votre degré d'accord, en choisissant entre 4 possibilités :

1. Vous n'êtes pas du tout d'accord.
2. Vous n'êtes pas d'accord.
3. Vous êtes d'accord.
4. Vous êtes tout à fait d'accord.

	1	2	3	4
1. Si je tombe malade, c'est mon propre comportement qui détermine avec quelle rapidité je me rétablis.				
2. Quoique je fasse, si je dois tomber malade, je tomberai malade.				
3. Avoir des contacts réguliers avec mon médecin est la meilleure manière pour moi d'éviter la maladie.				
4. La plupart des choses qui affectent ma santé m'arrivent par accident.				
5. Chaque fois que je ne me sens pas bien, je devrais consulter un professionnel de la santé.				
6. Je maîtrise ma santé.				
7. Ma famille a beaucoup à voir avec le fait que je tombe malade ou que je reste en bonne santé.				
8. Quand je tombe malade c'est de ma faute.				
9. La chance joue un grand rôle dans la rapidité avec laquelle je me rétablis.				
10. Les médecins maîtrisent ma santé.				
11. Mon état de bonne santé est principalement dû à la chance.				
12. Ce qui est le plus important pour ma santé, c'est ce que je fais moi-même.				
13. Si je prends soin de moi, je peux éviter la maladie.				
14. Quand je me remets d'une maladie, c'est en général parce que d'autres personnes (par exemple, docteurs, infirmières, famille, amis) ont bien pris soin de moi.				
15. Quoique je fasse, je tomberai probablement malade.				
16. S'il doit en être ainsi, je tomberai malade.				
17. Si j'agis de façon appropriée, je peux rester en bonne santé.				
18. En ce qui concerne ma santé, je ne peux faire que ce que mon médecin me recommande de faire.				

Tableau 10 : L'échelle multidimensionnelle de contrôle de la santé de WALLSTON et al. (1978).

Facteurs de Contrôle Interne I : items 1, 6, 8, 12, 13, 17.

Facteurs de Contrôle Externe C (chance) : items 2, 4, 9, 11, 15, 16.

Facteurs de Contrôle Externe P (personnages puissants) : items 3, 5, 7, 10, 14, 18.

Le contrôle perçu pourrait influencer la santé directement et indirectement. Il est généralement lié à des états émotionnels positifs et à l'activité de certains systèmes physiologiques. BIDAN-FORTIER (2001a) a montré par exemple, chez 82 sujets masculins séropositifs, que le contrôle perçu est associé à une moindre charge virale et à un taux accru de lymphocytes T CD4+. Dans une revue critique de la littérature, consacrée aux résultats de diverses prises en charge de patients, FAWZY et al. (1995) observent que les techniques de «gestion du stress» (impliquent l'augmentation du contrôle perçu) ont divers effets sur ceux-ci, dont une augmentation durable de leur immuno-compétence. Quant aux voies indirectes, on sait que le stress perçu et le contrôle perçu ont un impact sur l'élaboration des stratégies d'ajustement et sur l'adoption de comportements sains ou à risques.

c) Le soutien social perçu

On distingue l'intégration sociale réelle d'un individu, que l'on appelle *réseau social* («network») de l'évaluation subjective par celui-ci des ressources que ce réseau lui procure que l'on préfère dénommer *soutien social* («social support»). On a cru longtemps que c'était le fait d'être intégré socialement qui protégeait les individus (voir supra, § III 2.). Or les résultats des recherches menées dans ce domaine sont ambigus, faute d'une distinction suffisante entre les aspects réels et perçus du soutien (RASCLE, 1994).

Le développement de techniques récentes permettant d'évaluer le soutien social perçu traduit un effort de clarification. Le SSQ (Social Support Questionnaire) de SARASON et al. (1983) permet, par exemple, de différencier la *disponibilité* du soutien (nombre de personnes sur qui l'on peut compter en cas de besoin) de la *satisfaction* (évaluation de la qualité du soutien reçu). Mais on manque encore d'outils plus fins, distinguant non seulement le type de soutien (réel, perçu) mais aussi sa nature (émotionnelle, informative, matérielle,...) sa source (partenaire, famille, amis, collègues, spécialistes,...) et surtout sa compatibilité avec les attentes du sujet (RASCLE et al., 1997).

On sait que *le soutien social joue un rôle fonctionnel* : il diminue le risque de morbidité et de mortalité associé à diverses maladies (cancers, cardiopathies, diabètes,...), il améliore le pronostic et la qualité de vie des patients (arthritiques, séropositifs, paraplégiques,...). On peut consulter sur ce point SARASON et al. (1990) et BRUCHON-SCHWEITZER (à paraître). En général, un soutien émotionnel est bénéfique pour des personnes malades, surtout lorsqu'il provient du partenaire, de la famille ou amis. Un soutien informatif

peut s'avérer protecteur, surtout lorsqu'il est fourni par le personnel soignant. Le soutien social n'a pas toujours des effets bénéfiques (il peut être perçu par l'individu comme excessif ou inopportun). D'où la nécessité de considérer les divers aspects du soutien (type, nature, émetteur) et son adéquation, telle qu'elle est perçue par le destinataire.

Les mécanismes par lesquels le soutien social affecte la santé pourraient être multiples. Selon certains auteurs, c'est l'entourage qui fournit à l'individu des modèles normatifs (croyances et pratiques), modèles qui médiatiseraient l'adoption de styles de vie sains. Pour d'autres, il exerce un effet modérateur (ou effet «tampon») en atténuant le stress perçu et en augmentant le contrôle perçu. Enfin, son impact pourrait être direct : le soutien social, véritable ressource perçue, pourrait activer le fonctionnement de certains systèmes (comme le système immunitaire). C'est bien ce que certaines recherches, menées dans notre équipe, ont permis d'observer. Dans l'étude menée par BIDAN-FORTIER (2001a, p. 227) sur des sujets séropositifs, le soutien social perçu (disponibilité) s'est avéré significativement associé à une meilleure compétence immunitaire. Chez des employés ayant subi une mutation professionnelle, le soutien social perçu a des effets fonctionnels directs (il accroît la satisfaction au travail et la performance) et indirects (il diminue le stress perçu) comme cela apparaît à la Figure 6 (voir aussi RASCLE, 2000).

Les diverses composantes de la phase d'évaluation peuvent fonctionner en étroite interaction. Elles sont liées à ce qui les précède (antécédents contextuels et personnalité) et à ce qui les suit (stratégies d'ajustement). Selon l'issue de ces processus transactionnels, des effets rétroactifs, (en boucle) pourront induire des réévaluations. On ne peut étudier ces phénomènes dynamiques que par des modèles en équations structurales (ou par des analyses de piste) et en adoptant un protocole respectant le caractère *séquentiel* du modèle transactionnel (avec de véritables antécédents et de véritables issues, ce qui exige des plans prospectifs ou semi-prospectifs).

2. Les stratégies d'ajustement, ou «coping»

A la phase d'évaluation de la menace et des ressources disponibles, va succéder la phase d'élaboration de stratégies de «faire face» ou *coping*. Le coping est «l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, destinés à gérer les demandes externes et/ou internes perçues comme consommant ou excédant les ressources de la personne» (LAZARUS et FOLKMAN, 1984, p. 141).

a) Les stratégies de coping générales

D'après les recherches menées sur une palette étendue de stressors depuis une vingtaine d'années il existerait de nombreuses stratégies de coping spécifiques, différant d'une situation aversive à l'autre. Mais si l'on considère le regroupement de celles-ci en facteurs plus généraux (de second ordre), alors une certaine stabilité des solutions obtenues apparaît et l'on obtient habituellement deux (ou trois) stratégies de coping.

Le *coping centré sur le problème* correspond aux *efforts cognitifs et comportementaux du sujet pour modifier la situation*. Il comprend diverses stratégies : élaboration de plans d'action, réévaluation positive, recherche d'information, esprit combatif, ... On le nomme parfois coping «vigilant» ou «actif» (SULS et FLETCHER, 1985).

Le *coping centré sur l'émotion* comprend les *diverses tentatives du sujet pour gérer la tension émotionnelle induite par la situation* : *évitement* (dormir plus que d'habitude, ne pas penser au problème, ...), *distraktion* (regarder la télévision, écouter de la musique, ...), *pensée «magique» ou dénégation* (faire comme si la situation n'existait pas, ...), *dramatisation, impuissance-désespoir ou pessimisme* (maximisation de la menace, perte de contrôle, anticipation d'une issue défavorable, ...), *expression* ou, au contraire, *répression des émotions négatives* (anxiété, colère, tristesse, ...), *auto-accusation* (se sentir responsable, ...), *stoïcisme et fatalisme* (supporter, se résigner), *religiosité* (prier, ...). On parle parfois ici de coping «évitant» ou encore «passif».

La *recherche de soutien social* apparaît parfois comme troisième stratégie globale. Elle correspond aux *efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui* et ne doit pas être confondue avec le réseau social ni avec le soutien social présentés ci-dessus (et qui sont des caractéristiques réelles ou perçues du contexte). Il s'agit ici de tentatives effectives de la personne pour obtenir une écoute, des informations ou encore une aide matérielle. C'est donc bien une stratégie de coping et non une ressource.

b) Les techniques d'évaluation

Il existe plus d'une vingtaine d'échelles permettant d'évaluer les stratégies de coping générales. Les plus populaires sont la WCC (Ways of Coping Checklist) de LAZARUS et FOLKMAN (1984), dont nous avons élaboré et validé une version française (COUS-

Coping centré sur le problème

(13,7% de la variance, $\alpha = 0,79$) :

- J'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver.
- J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.
- Je me suis battu(e) pour ce que je voulais.
- Je suis sorti(e) plus fort(e) de la situation.

Coping centré sur l'émotion

(10,9% de la variance, $\alpha = 0,72$) :

- Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème.
- Je me suis culpabilisé(e).
- J'ai espéré qu'un miracle se produirait.
- J'ai essayé de tout oublier.

Recherche de soutien social

(10,7% de la variance, $\alpha = 0,73$) :

- J'ai demandé des conseils à une personne compétente et je les ai suivis.
- J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait agir concrètement au niveau du problème.
- J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.
- J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au niveau de la situation.

Tableau 11 : Quelques items de la WCC (Ways of Coping Checklist), d'après l'adaptation de COUSSON et al. (1996). La validation a été réalisée sur 468 adultes français des deux sexes par des analyses en composantes principales suivies de rotations varimax, donnant une solution identique chez les hommes et les femmes. L'échelle complète comprend 27 items.

SON et al., 1996). On trouvera au Tableau 11 quelques exemples d'items représentant chacune des trois principales stratégies de coping issues de cette étude française.

Un autre inventaire est souvent cité. Il s'agit du MCI (Multidimensional Coping Inventory) devenu depuis le CISS (Coping Inventory for Stressful Situations) de ENDLER et PARKER (1990). Il permet d'évaluer trois composantes stables du coping («style» de coping habituel) à l'aide de 48 items : coping centré sur la tâche, coping centré sur l'émotion et évitement. Il en

Les dimensions du coping face à la maladie
<p>Coping Palliatif (19,80% de variance expliquée)</p> <p>2. Je suis resté au lit 6. Je suis reposé quand je me sentais fatigué 10. J'ai dormi 14. J'ai essayé de conserver mon énergie 18. Je suis resté au chaud 22. Je me suis aménagé un environnement calme 26. Je suis resté tranquille 30. Je me suis installé confortablement</p>
<p>Coping Instrumental (9,90% de variance expliquée)</p> <p>3. J'ai recherché de l'information 7. J'ai essayé de me soigner rapidement 11. Je me suis concentré sur le fait que ça allait s'améliorer 15. J'ai appris davantage de choses 19. J'ai suivi les conseils que l'on m'a donnés 23. J'ai suivi l'avis de mon médecin 27. J'ai pris mes médicaments au moment voulu 31. Je me suis renseigné au sujet de mon traitement</p>
<p>Distraction (9,30% de variance expliquée)</p> <p>1. J'ai pensé à des moments meilleurs 5. J'ai essayé d'être avec les autres 9. J'ai rêvé tout éveillé 13. J'ai apprécié l'attention qu'on me portait 17. J'ai fait des projets d'avenir 21. J'ai écouté de la musique 25. J'ai invité des gens 29. Je me suis entouré de belles choses</p>
<p>Coping Emotionnel (7,70% de variance expliquée)</p> <p>4. Je me suis demandé «pourquoi moi» ? 8. Je me suis senti irrité, en colère 12. Je me suis senti frustré 16. J'ai pensé aux choses que j'étais incapable de faire 20. J'ai imaginé que j'étais en bonne santé 24. J'ai essayé d'imaginer que tout cela n'était pas vrai 28. J'ai pensé que j'étais vulnérable 32. Je me suis inquiété au sujet de ma santé</p>

Tableau 12 : Le CHIPS (Coping with Health injuries and Problems Scale) de ENDLER et al. (1998), validé par les auteurs sur un groupe de 598 patients canadiens atteints de diverses maladies.

existe une version française (ROLLAND, 1998). Cet outil pose deux sortes de problèmes selon nous : il occulte d'une part la recherche de soutien social (que les auteurs considèrent comme une ressource, alors qu'il s'agit comme nous l'avons déjà dit des efforts actifs du sujet pour rechercher et obtenir du soutien) et considère le coping comme une disposition (ce qui est en contradiction avec la définition théorique de cette notion)¹⁴.

c) Les stratégies de coping spécifiques

On sait que le choix d'une stratégie de coping est déterminé à la fois par certaines caractéristiques du sujet (le LOC et l'Optimisme induiraient des stratégies centrées sur le problème, l'affectivité négative des stratégies centrées sur l'émotion selon VAN HECK, 1997, p. 433) et par les caractéristiques, réelles et perçues, de la situation (nature, durée, gravité, contrôlabilité,...).

Face à une grande variété de stressors, dont les stressors médicaux (maladie, traitements, intervention chirurgicale, hospitalisation,...), nous avons observé dans la littérature comme dans nos propres recherches que le coping centré sur le problème (qui peut s'exprimer par l'«observance», la recherche d'information, l'«esprit combatif,...») et la recherche de soutien social sont bien des dimensions générales du coping. Quant au coping centré sur l'émotion, il se subdivise chez les sujets malades en sous-dimensions plus spécifiques : l'*impuissance-désespoir* (détresse, perte de contrôle, dramatisation, pessimisme,...), l'*auto-accusation* (attribution causale interne, responsabilité, culpabilité, attitude «héroïque»,...), l'*évitement émotionnel* (répression ou suppression des émotions, déni, pensée magique, irréalisme,...) l'*expression des émotions* (crises de larmes, états anxieux, accès de colère,...) et l'*évitement comportemental et cognitif* (distraction, désengagement, relaxation,...).

Des outils beaucoup plus spécifiques que la WCCS ou le CISS sont nécessaires pour explorer les stratégies développées face à des stressors particuliers. L'échelle CHIPS (Coping with Health Injuries and Problems Scale) de ENDLER et al. (1998), par exemple, paraît particulièrement adaptée à des sujets souffrant d'une pathologie somatique. Cet outil comprend 32 items et

¹⁴ Nous n'avons rien contre le fait d'explorer le coping à la fois avec des consignes «trait» (fréquence d'une réaction sur une période étendue) et avec des consignes «état» (intensité d'une réaction à un moment donné et face à une situation précise), mais à condition d'être extrêmement clair sur le plan théorique. Dans le premier cas il s'agit de «styles» de coping de nature dispositionnelle, dans le second cas de stratégies de coping, de nature transactionnelle.

explore quatre facteurs : coping palliatif, coping instrumental, distraction et coping émotionnel. Les items du CHIPS sont présentés au Tableau 12¹⁵.

d) L'efficacité relative des stratégies de coping

Certaines stratégies sont-elles plus efficaces que d'autres ? Il est un peu délicat d'essayer de synthétiser les résultats d'études menées sur des stressés souvent très différents (tracas quotidiens, stressés scolaires ou professionnels, douleur, maladie chronique, situations extrêmes, deuil,...) et prenant en compte des critères eux-aussi très hétérogènes (état de santé physique, émotionnel, social,...). D'après la méta-analyse de SULLS et FLETCHER (1985) menée sur 43 études différentes, *il apparaît plus utile en général de recourir à une stratégie, quelle qu'elle soit, plutôt qu'à aucune et de disposer de stratégies variées et flexibles.*

Généralement, *les stratégies centrées sur le problème sont plus efficaces* (mais seulement à long terme et pour des événements relativement contrôlables). *Les stratégies centrées sur l'émotion sont habituellement plus dysfonctionnelles que les autres* (mais peuvent protéger le sujet à court terme et pour des situations non contrôlables). Face à une atteinte somatique, le coping centré sur le problème (ou coping «instrumental» dans le CHIPS) se traduit par la recherche d'informations, une attitude combative, une meilleure adhésion thérapeutique et par des efforts pour contrôler les effets indésirables de la maladie et des traitements (fatigue, douleur,...). Cela permet de comprendre pourquoi cette stratégie a généralement des effets bénéfiques.

Chez les employés ayant subi une mutation professionnelle (voir Figure 6) et chez les médecins généralistes (voir Figure 7) on peut observer l'effet favorable du coping centré sur le problème. Dans le premier groupe, un coping «vigilant» induit la satisfaction professionnelle et une meilleure performance, alors que dans le second groupe un coping centré sur le problème augmente le sentiment d'accomplissement personnel et la satisfaction au travail.

En revanche, dans une recherche semi-prospective d'une durée de 2 ans concernant 75 patientes atteintes d'un cancer du sein, COUSSON-GÉLIE (2000) observe

qu'un coping centré sur le problème (évalué 3 semaines après l'annonce du diagnostic) a un impact défavorable sur la qualité de vie, évaluée 2 ans après (par le QLQ-30 de l'EORTC, European Organization for Research and Treatment of Cancer), ce qui avait déjà été constaté dans des recherches antérieures de même type (dont celle de COHEN et HERBERT, 1996). Face à cette maladie au long cours, les efforts répétés des patients utilisant des stratégies actives seront coûteux et n'auront pas d'effets tangibles. Ce résultat est finalement conforme à la théorie transactionnelle, selon laquelle un coping centré sur le problème n'est protecteur que dans des situations relativement contrôlables.

Un coping *centré sur l'émotion* est généralement dysfonctionnel. Les employés mutés ayant utilisé un coping évitant seront, nous l'avons vu, plus anxieux et plus insatisfaits que les autres. C'est aussi le cas pour les sujets malades dont les stratégies émotionnelles leur sont en général nuisibles (BRUCHON-SCHWEITZER et QUINTARD, 2001).

L'*impuissance-désespoir* est, par exemple, extrêmement nocive pour la santé somatique et émotionnelle future de divers groupes de patients (atteints de cancers, d'infection par le VIH, de lombalgie, d'un traumatisme médullaire). L'*auto-accusation* a également un impact défavorable sur la qualité de vie ultérieure des patients cancéreux (COUSSON-GÉLIE, 2000). L'*évitement* (cognitif, comportemental et émotionnel) peut avoir des effets paradoxaux sur la santé. S'il réduit la détresse émotionnelle des patients d'après diverses recherches menées sur des patients arthritiques et paraplégiques), il contribue parfois à l'aggravation de leurs symptômes physiques (NUISSIER, 1996 ; AGUERRE, 1999).

Quant à la *recherche de soutien social* (stratégie hélas assez peu étudiée), elle semble bien avoir des effets fonctionnels. Elle modère par exemple les effets nocifs de la surcharge de travail des médecins généralistes et contribue à leur satisfaction professionnelle (voir Figure 7).

Il n'y a donc pas de stratégie efficace en elle-même, indépendamment des caractéristiques de la situation stressante et de celles de l'individu. Rappelons aussi qu'il vaut mieux en utiliser plusieurs et de façon flexible.

15 Le CHIPS a été construit au départ (en 1992) pour des patients cancéreux, puis révisé pour convenir à des groupes de malades très différents. Malgré leur dénomination un peu spéciale, les quatre stratégies qu'il mesure sont les mêmes que dans d'autres travaux : le coping instrumental est un coping centré sur le problème, le coping palliatif correspond à de l'évitement comportemental, la distraction à de l'évitement cognitif, le coping émotionnel, à l'expression des émotions et à l'évitement émotionnel. Il est étonnant cependant de ne pas y trouver d'impuissance-désespoir, dimension qui apparaît pourtant fréquemment chez les sujets atteints de maladies sévères.

e) *Coping et santé*

Par quels mécanismes les stratégies de coping peuvent-elles affecter l'état de santé ? *Le coping semble agir selon diverses voies, tantôt directes tantôt indirectes.*

En ce qui concerne les effets directs, les stratégies de coping se sont avérées associées à l'activité de divers systèmes physiologiques (neuro-endocriniens et neuro-immunitaires). Des cofonctionnements biopsychosociaux sont très probablement associés à certains états émotionnels et aux tentatives du sujet pour les réguler (DANTZER, 1994 ; GOODALL, 1994 ; DANTZER, 2001). Ce problème sera abordé au chapitre suivant (voir infra, chap. V).

Les stratégies de coping peuvent affecter l'adoption de comportements sains ou à risques, comportements qui médieront leur effet sur l'état de santé ultérieur. Généralement, un coping centré sur l'émotion (ou évitant) s'accompagne de comportements à risque (non perception des symptômes, délai mis à consulter, abus de certaines substances, absence de comportements de prévention, faible adhésion thérapeutique,...). Un coping centré sur le problème peut s'exprimer par la recherche d'informations, l'observance des traitements, la participation active aux soins. Mais, s'il a des effets généralement bénéfiques, il peut s'avérer inopérant ou même nocif si la maladie est trop durable et surtout incontrôlable (COHEN et HERBERT, 1996).

Dans leur ensemble, les variables transactionnelles qui viennent d'être décrites prédisent environ 10% de l'état somatique et jusqu'à 40% du bien-être émotionnel ultérieur (BRUCHON-SCHWEITZER et QUINTARD, 2001 ; BRUCHON-SCHWEITZER, à paraître). D'après les recherches menées avec des modèles structuraux et avec des analyses de pistes causales, *les phases d'évaluation et d'ajustement s'avèrent bien être les médiateurs essentiels de la relation entre les antécédents (environnementaux, individuels) et les critères (santé physique et psychologique).*

Dans l'étude consacrée aux effets d'une mutation on voit très clairement que le stresser «objectif» (intensité de la mutation) a divers effets néfastes, effets médiatisés par le stress perçu (phase d'évaluation) puis par un coping évitant (phase d'ajustement), qui, à son tour, accentuera l'anxiété et l'insatisfaction. De même un LOC interne a des effets bénéfiques multiples, directs et indirects, dont deux sont médiatisés par l'adoption d'un coping vigilant (voir Figure 6.).

Dans la recherche consacrée aux 200 médecins généralistes, on observe clairement aussi le rôle médiateur de la phase d'évaluation et de la phase d'ajustement : le stress perçu augmente l'épuisement ; le coping centré sur le problème médiate les effets de l'ancienneté sur le sentiment d'accomplissement ; la recherche de soutien social médiate les effets de l'implication et de la surcharge de travail sur la satisfaction professionnelle (voir Figure 7). Des résultats similaires ont été obtenus dans les diverses recherches que nous avons menées (et qui ont été menées) avec divers groupes de patients : arthritiques, lombalgiques, cancéreux, patients infectés par le VIH, diabétiques, etc... (voir BRUCHON-SCHWEITZER et QUINTARD, 2001).

Le stress perçu et un coping centré sur l'émotion sont généralement dysfonctionnels. Le contrôle perçu, le coping centré sur le problème et la recherche de soutien social ont, en général, des effets fonctionnels. Vu la nature processuelle (et donc changeante) de ces variables, il est important de les évaluer à plusieurs moments dans les études prospectives et semi-prospectives. Si l'on n'a pas le choix (en raison de la lourdeur du protocole), il vaut mieux évaluer ces transactions lorsqu'elles sont relativement stabilisées (plus de 3 semaines après l'annonce d'un diagnostic par exemple) et, si possible, en évitant les interférences avec les effets psychoactifs des traitements.

VI- LES COFONCTIONNEMENTS BIOPSYCHOSOCIAUX

Il faudrait un ouvrage entier pour résumer les recherches menées pour comprendre par quels chemins certains facteurs psychosociaux peuvent avoir un effet sur l'activité de divers systèmes physiologiques et inversement. Sans nul doute, *des cofonctionnements biopsychosociaux sont impliqués dans l'initiation puis dans le développement de diverses maladies.* Cependant, le *modèle biopsychosocial*, tel que proposé par ENGEL (1980) par exemple (voir supra, § II, Figure 3), est beaucoup trop simpliste pour servir de paradigme de recherche. Des modèles impliquant des effets directs (ou principaux), des effets modérateurs (ou effets d'interactions) et des effets indirects (ou médiateurs), ainsi que des boucles de rétroaction, sont aujourd'hui élaborés, puis confrontés aux résultats empiriques, pour étudier les facteurs de risque et de pronostic de très nombreuses pathologies somatiques (cancers, cardiopathies, arthrite rhumatoïde, etc...) et

psychologiques (dépression, burn-out, troubles bipolaires, addictions,...).

1. Les cancers et la psychoneuroimmunologie

La psychoneuroimmunologie est une discipline nouvelle étudiant les relations entre les facteurs psychosociaux et les systèmes nerveux, endocrinien et immunitaire. Elle est située à l'intersection de la psychologie, des neurosciences comportementales, de la neuroendocrinologie et de l'immunologie. L'objectif de cette discipline est de mieux comprendre les cofonctionnements entre facteurs psychosociaux et biologiques impliqués dans le développement de certaines mala-

dies, en formulant des hypothèses réfutables et en élaborant des modèles explicatifs afin de les soumettre à l'épreuve des faits. Pour une présentation de la psychoneuroimmunologie, voir DANTZER (2001), LOVALLO (1997) et SOLOMON (2000).

De nombreux modèles psychoneuroimmunologiques ont été élaborés à partir des résultats déjà disponibles pour explorer, dans des recherches futures, les chemins «menant» à certaines pathologies (cancers, maladies infectieuses, arthrite rhumatoïde, maladies auto-immunes,...) ou «expliquant» leur évolution différentielle. On trouvera à la Figure 8 l'un de ces modèles inspiré de CONTRADA et al. (1990), reliant certains facteurs psychosociaux de risque et de pronostic aux voies neuro-endocrino-immunitaires par lesquelles ils pourraient affecter le développement de certains can-

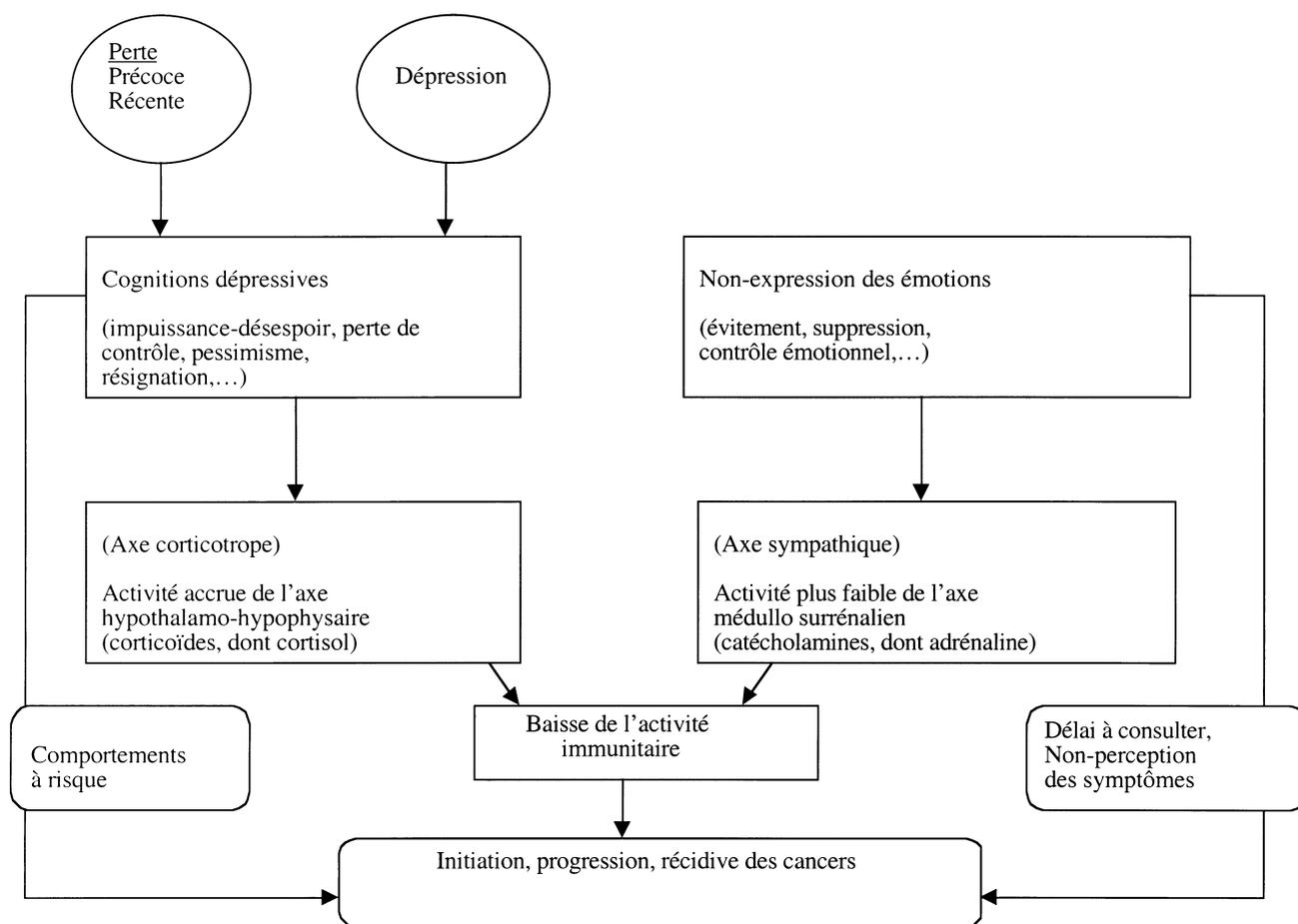


Figure 8 : Un modèle hypothétique intégrant certains cofonctionnements psycho-neuro-endocrino-immunitaires impliqués dans l'initiation et l'évolution des cancers (d'après CONTRADA et al., 1990).

cers. Il s'agit évidemment d'un schéma très simplifié et la réalité semble encore plus complexe (KELLY et al., 1997 ; HERBERT et COHEN, 1997).

On sait aujourd'hui que les seuls antécédents psychosociaux ayant un effet péjoratif significatif sur l'évolution ultérieure d'une tumeur cancéreuse sont la non-expression des émotions (type C), la dépression et certains événements de vie stressants (séparation, deuil). Quant aux variables transactionnelles, les plus nocives sont l'impuissance-désespoir et la suppression des émotions, les plus fonctionnelles sont le contrôle et le soutien social perçus (TASTET, 2001). Il reste beaucoup à faire pour comprendre les cofonctionnements biopsychosociaux impliqués dans l'évolution des cancers. Après l'attention portée à l'activité de divers lymphocytes (taux et activité des lymphocytes T, B et des cellules NK, en particulier), on s'intéresse d'avantage aujourd'hui au rôle des *cytokines*, messagers produits par le système immunitaire et agissant sur le système nerveux central et sur l'ensemble de l'organisme (voir DANTZER, 2001).

D'après l'étude quasi-prospective de BIDAN-FORTIER (2001a) réalisée avec 82 sujets masculins séro-positifs, c'est la compétence immunitaire à T2 (facteur regroupant quatre paramètres différents évalués 12 à 18 mois après T1, début de l'étude) qui prédit le mieux une évolution favorable de l'infection à T3 (24 à 30 mois après T1). Or en T2, justement, certaines variables transactionnelles «renforcent» la compétence immunitaire (le contrôle perçu, le soutien social perçu, l'esprit combatif). Les cofonctionnements en jeu dans l'évolution des cancers sont sans doute plus complexes, que dans celle d'une infection par le VIH, la carcinogenèse ne dépendant pas seulement de l'activité du système immunitaire¹⁶. Tout ceci ouvre des pistes de recherche passionnantes associant des spécialistes issus de disciplines très différentes : psychologie, oncologie, neuro-biologie et immunologie.

2. Les pathologies cardio-vasculaires

Il existe de nombreux facteurs psychosociaux augmentant le risque de développer certaines pathologies coronariennes (angine de poitrine, infarctus du myocarde, arrêt cardiaque).

Parmi ces facteurs de risque sont évoqués le *profil comportemental de type A* (impatience, compétitivité, hostilité) et l'une des composantes de l'hostilité, la «*méfiance cynique*». D'autres facteurs accentueraient encore ce risque, facteurs environnementaux (contraintes professionnelles, compétition), dispositionnels (dépressivité, anxiété) et transactionnels (désir de contrôler les situations à tout prix, événements perçus comme des défis, autres individus perçus comme des obstacles, faible soutien social perçu). Pour une synthèse de ces facteurs, on consultera CONSOLI (2001).

On a observé, chez les individus présentant ces caractéristiques, une réactivité cardio-vasculaire intense, notamment dans les situations compétitives : élévation rapide de la pression artérielle, accélération brutale du rythme cardiaque, mais aussi vaso-constriction des artères coronaires. Ce pattern correspond à l'activation conjointe du système sympathique (et à des décharges de noradrénaline) et corticosurrénalien. Une activation répétée de ces systèmes pourrait induire à la longue une pathologie discrète mais durable (athérosclérose, ischémie, arythmie,...) fragilisant ces sujets et augmentant le risque de présenter un épisode aigu (angine de poitrine, infarctus,...). On trouvera quelques modèles biopsychosociaux relatifs à ces pathologies dans GOODALL (1994, pp. 198-203). Nous avons, à partir des résultats disponibles et du modèle proposé par LOVALLO (1997, p. 22) élaboré un schéma résumant les facteurs de risque coronarien et l'évolution de cette pathologie (voir Figure 9.).

VII- LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Nous avons passé en revue les facteurs environnementaux, dispositionnels et transactionnels pouvant protéger ou au contraire fragiliser les individus. S'il semble assez difficile de transformer les deux premiers types de facteurs, les processus d'évaluation et les stratégies d'ajustement sont, en revanche, assez aisément *modifiables*. Une autre possibilité pour vérifier les modèles explicatifs proposés plus haut et pour mettre à l'épreuve les hypothèses concernant l'effet fonctionnel ou dysfonctionnel des processus d'évaluation et d'ajustement des individus sur leur santé et

¹⁶ D'après l'étude semi prospective de TASTET (2001), réalisée sur 85 patientes atteintes d'un cancer du sein et suivies pendant un an, des relations positives apparaissent en T2 (3 mois après l'annonce du diagnostic) entre un contrôle perçu (faible), une anxiété-état (élevée) et une cytokine pro-inflammatoire, l'IL-6 (qui, d'après plusieurs études, stimule la croissance des cellules tumorales). Or un contrôle perçu (faible) prédit une évolution péjorative de la tumeur à un an (en T3).

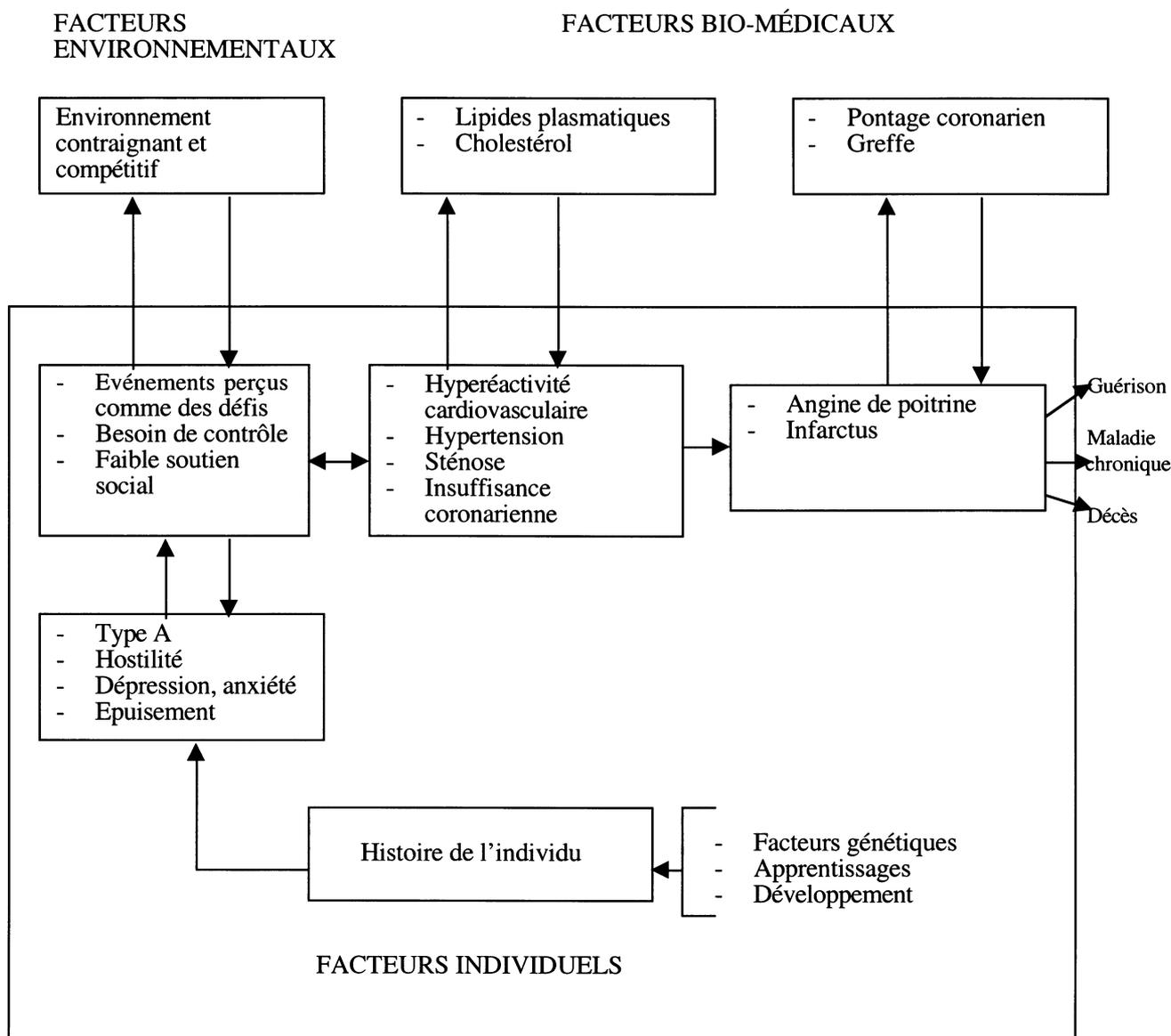


Figure 9 : Les divers facteurs de risque coronarien, leurs interactions et le développement d'une cardiopathie.

leur bien-être ultérieurs est d'*intervenir* pour renforcer les stratégies bénéfiques et réduire les stratégies nocives.

De nombreuses techniques de «prise en charge» prolifèrent actuellement de façon anarchique. Elles s'adressent à toutes sortes d'individus qui en sont demandeurs (patients de toute sorte, personnes en cours de sevrage, cadres stressés, sujets obèses, femmes enceintes, per-

sonnes âgées, chômeurs,...). Les interventions s'inspirent le plus souvent du simple «bon sens» ou sont importées telles quelles depuis leur champ d'application habituel (thérapies individuelles d'inspiration analytique, transactionnelle, comportementale-cognitive,... ; counseling, relaxation, imagerie mentale, biofeedback, hypnose ; thérapies de groupe, thérapies familiales,...). On peut subdiviser les techniques de prise en charge des patients en quatre catégories :

1. Les techniques éducatives

Il s'agit d'informer les individus et de leur apprendre certains exercices pour accroître leur contrôle (du stress, de la douleur,...). Des programmes complets existent déjà (écoles de l'asthme, écoles du dos pour les lombalgiques, programmes éducatifs pour les arthritiques,...). Si ces techniques induisent en général une amélioration de l'état fonctionnel des participants et réduisent les coûts de santé, certains problèmes subsistent (dont les différences entre individus «évitants» et «vigilants» quant au besoin d'information qui réduisent l'efficacité de ces méthodes). Les techniques standard devraient être beaucoup plus personnalisées (et tenir compte des croyances, normes et attitudes des participants). On combine aujourd'hui ces programmes éducatifs à des traitements cognitifs et comportementaux plus individualisés permettant de réduire certains états anxieux et certaines cognitions erronées.

2. Les thérapies individuelles

Il s'agit d'un travail psychologique approfondi entre un patient et un thérapeute. Selon les écoles de référence on travaille soit sur la trace de certains événements de vie infantile, soit sur la personnalité (lorsque celle-ci est mal structurée, vulnérable,...) soit sur les mécanismes de défense, soit sur les stratégies de coping «actuelles». Il s'agit, par exemple, de rendre plus conscients et moins rigides les processus transactionnels, lorsqu'ils sont dysfonctionnels. Avec des cardiopathes on essaiera, par exemple, de réduire leurs attributions et leurs comportements hostiles et leur désir de tout contrôler, et on encouragera la recherche de soutien social. Mais ces techniques, généralement longues et coûteuses, sont peu utilisées.

3. Les thérapies de soutien

Il s'agit de l'aide apportée par un groupe spontané (famille, amis,...) ou institutionnalisé (groupe de soignants, groupe de patients, association de malades,...). Ces techniques sont de plus en plus utilisées dans certaines pathologies induisant anxiété et détresse (cardiopathies, cancers, sida, mais aussi obésité, maladie d'Alzheimer, handicaps visibles,...) ou au cours de certains sevrages (drogues, alcool, tabac,...).

Un soutien social perçu comme satisfaisant accroît, comme nous l'avons vu, le bien-être des patients et parfois même augmente leurs chances de guérison. Les résultats de l'étude de SPIEGEL et al. (1989), réalisée sur des groupes de patientes atteintes de cancers du sein métastatique et de celle de FAWZY et al. (1993) sur des groupes de patients atteints de mélanomes vont en effet dans ce sens (voir COUSSON-GÉLIE, 2001, pp. 69-70). Si les études les plus récentes démontrent bien l'effet bénéfique de ces prises en charge sur la qualité de vie émotionnelle de ce type de patients, leur impact sur la durée de la survie y apparaît comme non-significatif.

4. Les thérapies comportementales et cognitives

Ces prises en charge des patients s'inspirent à la fois des théories de l'apprentissage et de diverses théories cognitives relatives à l'étiologie de certains troubles de la personnalité (anxiété, phobies, dépression,...). Pour une synthèse de ces approches, on consultera SWENDSEN et BLATTIER (1996). Elles ont été appliquées à diverses catégories de patients (asthmatiques, cancéreux, séropositifs, douloureux, cardiopathes,...) et à des patients infectés par le VIH, voir BIDAN-FORTIER (2001b). Elles sont centrées sur trois objectifs :

- identifier, puis modifier les «pensées erronées» (exemple : croire en son incapacité à gérer ou réduire la douleur,...) ; les remplacer par des pensées plus réalistes et les associer à des images agréables (par diversion, imagerie,...) ;
- renforcer les stratégies d'ajustement efficaces, réduire les stratégies nocives (on peut par exemple apprendre à s'affirmer, à communiquer, à suivre des prescriptions médicales, un programme d'exercices physiques, un régime,...) ;
- réduire à la fois certaines cognitions erronées et les comportements nocifs qui y sont associés ; on utilise alors simultanément plusieurs techniques (restructuration cognitive, imagerie mentale, biofeedback, relaxation,...).

Ces techniques, en pleine expansion, donnent en général des résultats satisfaisants en améliorant le bien-être et la qualité de vie, en réduisant la douleur et en améliorant l'adhésion thérapeutique des participants. Elles semblent en outre avoir un impact favorable sur le fonctionnement du système immunitaire (patients cancéreux, sujets séro-positifs), mais

leur effet sur la durée de la survie n'a pas été clairement établi (mais les études semi-prospectives effectuées impliquent le plus souvent un suivi d'une durée insuffisante).

Si dans l'ensemble, ces prises en charge ont un effet bénéfique sur le bien-être émotionnel des participants, on peut regretter leur utilisation anarchique et la faiblesse méthodologique des études évaluant leurs effets (pas de répartition aléatoire des sujets, pas de groupe contrôle, équivalence des groupes douteuse, pas de plan avant-après,...).

Malgré le sentiment d'urgence qu'induit la détresse de la plupart des malades, nous souhaitons que les interventions soient fondées sur les acquis de la recherche et sur des hypothèses formulées sous forme réfutable, plutôt que d'être basées sur l'intuition naïve et sur le sens commun.

VIII- CONCLUSION

Nous avons passé en revue les principaux modèles et les principaux facteurs rendant compte de l'initiation et de l'évolution différentielle de diverses pathologies (somatiques mais aussi psychologiques)¹⁷.

Il apparaît, d'après les résultats de la littérature que de nombreux facteurs environnementaux, d'une part, et dispositionnels, d'autre part, ont un impact non négligeable sur la santé (environ 10% de variance expliquée pour chaque type de facteur en moyenne). Le modèle transactionnel orthodoxe de LAZARUS et FOLKMAN (1984) a permis de découvrir le rôle, très important, des processus d'évaluation et d'ajustement élaborés par les individus face à l'adversité, *processus qui semblent précipiter et actualiser l'effet des autres facteurs* (effets médiateurs et modérateurs) et sont impliqués dans l'initiation, le développement ou la rémission des diverses pathologies. Le concept de «coping» s'est avéré particulièrement heuristique à cet égard.

Cependant, il serait tout à fait hasardeux de se centrer uniquement sur l'étude des processus d'évaluation et d'ajustement. Le modèle transactionnel n'est qu'une

hypothèse explicative parmi d'autres. Il a parfois été sévèrement critiqué (MARKS et al., 2000). Ce modèle est partiel : il occulte ou minimise en effet le rôle de certains facteurs environnementaux (culture, ethnie, pays, niveau socio-économique, groupe d'appartenance,...) et celui des antécédents personnels (histoire de l'individu, croyances et normes, caractéristiques de personnalité, caractéristiques socio-biographiques et socio-démographiques,...). D'après les recherches accumulées, comme nous l'avons vu, ces facteurs protègent ou fragilisent les individus et ont des effets significatifs (directs, indirects ou en interaction) sur leur état de santé ultérieur.

Les modèles explicatifs dans le domaine de la santé seront donc nécessairement des modèles multifactoriels et intégratifs extrêmement complexes. Ils devront être spécifiés selon le critère à prédire (santé somatique, émotionnelle ou sociale ; initiation ou évolution d'une pathologie). Les hypothèses sous-jacentes à ces modèles devront être *explicites*, puis soumises à l'épreuve des faits de façon rigoureuse. Ceci exige des techniques de mesure extrêmement valides et le recours à des techniques d'analyses des données souvent sophistiquées (régressions multiples hiérarchiques, analyses de pistes causales, modèles en équations structurales). S'y ajoute la nécessité d'étudier des échantillons relativement importants et de mener des études prospectives (ou semi-prospectives) d'une durée suffisante (il faut de nombreuses années pour évaluer l'évolution ou la rémission d'une pathologie). Malgré des progrès récents, les modèles existants sont encore lacunaires et provisoires (c'est le cas pour les modèles biopsychosociaux relatifs à la genèse des cancers par exemple) et il convient de tempérer l'enthousiasme des chercheurs et des cliniciens (vis-à-vis des perspectives de recherche fondamentale et appliquée passionnantes qui sont ouvertes) par l'humilité et la prudence.

Il s'agit d'un nouveau domaine de la psychologie, en émergence au niveau européen et international (section 38 de l'Association Américaine de Psychologie en 1985, premier congrès européen et création de l'EHPS en 1986 par Stan Maes premier ouvrage en Français en 1994, premier congrès européen d'une association française (Bordeaux) en 1997, création d'une association française de psychologie de la santé et premier congrès en français en 2001. Malgré son extrême vitalité, cette discipline accuse un certain retard en France.

17 De nombreux modèles cognitifs et socio-cognitifs, permettant de prédire les comportements de santé ne sont malheureusement pas présentés en détail dans cette synthèse (voir MORIN, 2001, OGDEN, 1998). Nous avons plutôt décrit ici les prédicteurs de la santé et de la maladie considérés comme critères ultimes, dont les comportements de santé et de maladie sont des médiateurs parmi d'autres.

BIBLIOGRAPHIE

- ADLER, N. et MATTHEWS, K. (1994). Health Psychology : Why do some people get sick and some stay well ? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.
- AGUERRE, C. (1999). *Rôle de la personnalité, des facteurs socio-biographiques et des stratégies d'ajustement sur l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde. Une étude semi-prospective en psychologie de la santé*. Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Bordeaux 2.
- AJZEN, I. (1991). The theory of planned behavior, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- AJZEN, I. et FISHBEIN, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, (NJ) : Prentice Hall.
- ANTONOVSKY, A. (1987). *Unravelling the mystery of health*. San Francisco : Jossey Bass.
- ANTONOVSKY, A. (1990). Personality and health : testing the Sense of Coherence model. In H. FRIEDMAN (Ed.), *Personality and Disease*, New York : John Wiley, pp. 155-177.
- BAGBY, R.M., PARKER, J.D.A. et TAYLOR, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 1, 23-32 et 33-40.
- BANDURA, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control*. New York : Freeman.
- BAREFOOT, J.C., DODGE, K.A., PETERSON, B.L. (1989). The Cook-Medley Hostility Scale. Item content and ability to predict survival. *Psychosomatic Medicine*, 51, 46-57.
- BERKMAN, L.F. et SYME, S.L. (1979). Social networks, host resistance and mortality : a nine-year follow-up Study of Alameda county residents, *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- BERMUDEZ, J. (1999). Personality and health protective behaviors. *European Journal of Personality*, 13, 83-103.
- BIDAN-FORTIER, C. (2001a). *L'évolution différentielle de l'infection par le virus VIH : une approche biopsychosociale. Etude quasi-prospective d'une cohorte de 82 hommes séropositifs*. Thèse de Doctorat en Psychologie soutenue à l'Université de Bordeaux 2.
- BIDAN-FORTIER, C. (2001b). L'évolution différentielle de l'infection par le VIH. In M. BRUCHON-SCHWEITZER et B. QUINTARD (Eds.), *Personnalité et maladies*. Paris : Dunod, chap. 8, 157-177.
- BOOTH-KEWLEY, S. et VICKERS, R.R. (1994). Association between major domains of personality and health behavior. *Journal of Personality*, 62, 3, 281-298.
- BORTNER, R.W. (1969). A short scale as a potential measure of pattern A behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 22, 87-91.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. (1994). Introduction à la psychologie de la santé. In M. BRUCHON-SCHWEITZER et R. DANTZER (Eds.), *Introduction à la psychologie de la santé*, Paris : PUF, chap. 1, pp. 13-41.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. (à paraître). *Manuel de psychologie de la santé*, Paris : Dunod.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. et DANTZER, R. (1994). *Introduction à la Psychologie de la santé*. Paris : PUF, coll. Psychologie d'aujourd'hui.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. et QUINTARD, B. (2001). *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M., COUSSON-GÉLIE, F., TASTET, S. et BOURGEOIS, M. (1998). Dépression et cancers. L'approche de la psychologie de la santé. *L'Encéphale*, 2, 2-14.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M., GILLIARD, J., SIFAKIS, Y., KOLECK, M., TASTET, S. et IRACHABAL, S. (2001). Lieu de contrôle et santé, *EMC*, 37, 032, A-35, 1-6.
- COHEN, S. et EDWARDS, J.R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. In R.W.J. NEUFELD (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress*. New York : Wiley, chap. 7, pp. 235-283.
- 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 WILLIAMSON, G.M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. *In* S. SPACAPAN et S. OSKAMP (Eds.), *The social psychology of health*, Londres : Sage, pp. 31-67.
- CONSOLI, J.M. (2001). L'insuffisance coronarienne : facteurs de vulnérabilité et facteurs protecteurs. *In* M. BRUCHON-SCHWEITZER et B. QUINTARD (Eds.), *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris : DUNOD, chap. 2, pp. 25-45.
- CONSOLI, S. (1996). Approches dispositionnelles en psychologie de la santé. *Psychologie Française*, 41, 2, 117-130.
- CONSOLI, S.M., CORDIER S., DUCIMETIÈRE, P. (1993). Validation d'un questionnaire de personnalité destiné à repérer des sous-groupes à risque de cardiopathie ischémique ou de cancer dans la cohorte GAZEL, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 41, 315-326.
- CONTRADA, R.J., LEVENTHAL, H. et O'LEARY, A. (1990). Personality and health. *In* L.A. PERVIN (Ed.), *Handbook of personality theory and research*, New York : Guilford, chap. 24, pp. 638-669.
- COOK, W.W. et MEDLEY, D.M. (1954). Proposed Hostility and Pharisac-Virtue Scales for the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 38, 414-418.
- COSTA, P.T. et Mc CRAE, R.R. (1985). *The NEO-Personality Inventory : Manual*. Odessa (FL) : Psychological Assessment Resources.
- COSTA, P.T. et Mc CRAE, R.R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13, 653-666.
- COUSSON, F., BRUCHON-SCHWEITZER, M., QUINTARD, B., NUISSIER, J. et RASCLE, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la WCC (Ways of Coping Checklist), *Psychologie Française*, 41, 2, 155-163.
- COUSSON-GÉLIE, F. (2000). Breast cancer, coping and quality of life : a semi-prospective study, *European Review of Applied Psychology*, 50, 3, 315-320.
- COUSSON-GÉLIE, F. (2001). Rôle des facteurs psychosociaux dans la genèse et l'évolution des cancers du sein. *In* M. BRUCHON-SCHWEITZER et B. QUINTARD (Eds.), *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod, chap. 3, pp. 49-73.
- CYRULNIK, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.
- DANTZER, R. (1994). Psychobiologie du stress. *In* M. BRUCHON-SCHWEITZER et K. DANTZER (Eds.), *Introduction à la psychologie de la santé*, Paris : PUF, chap. 6, pp. 155-182.
- DANTZER, R. (2001). L'apport de la psychoneuroimmunologie. *In* M. BRUCHON-SCHWEITZER et B. QUINTARD (Eds.), *Personnalité et maladies*. Paris : DUNOD, chap. 13, 261-281.
- ELL, K., NISHIMOTO, R., MEDIANSKY, L., MANTELL, J. et HAMOVITCH, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 1-11.
- ENDLER, N.S. et PARKER, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 5, 844-854.
- ENDLER, N.S., PARKER, J.D.A. et SUMMERFELDT, L.J. (1998). Coping with health problems : developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, 10, 3, 195-205.
- ENGEL, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- FAWZY, F.I., FAWZY, N.W., ARNDT, L.A. et PASNAU, R.O. (1995). Critical review of psychological interventions in cancer care, *Archives of General Psychiatry*, 52, 100-113.
- FAWZY, F.I., FAWZY, N.W., HUYN, C.S. (1993). Malignant melanoma : effects of an early structured psychiatric intervention on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50, 681-689.
- FORTIN, J. et BIGRAS, M. (2000). La résilience des enfants : facteurs de risque, de protection et modèles théoriques. *Pratiques Psychologiques*, 1, 49-63.
- FRIEDMAN H.S. et BOOTH-KEWLEY, S. (1987). The disease-prone personality : a meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 42, 539-555.
- GOODALL, G. (1994). Vers un modèle biopsychosocial de la maladie. *In* M. BRUCHON-SCHWEITZER et R. DANTZER (Eds.), *Introduction à la psychologie de la santé*, Paris : PUF, chap. 7, 83-207.

CONCEPTS ET MODÈLES EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ

- GROSSARTH-MATICEK, R. et EYSENCK, H. (1990). Personality, stress and disease : description and validation of a new inventory, *Psychological Reports*, 66, 355-373.
- HOLMES, T.H. et RAHE, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- HORNER, K.L. (1998). Individuality in vulnerability. *Journal of Health Psychology*, 3, 1, 71-85.
- JERUSALEM, M., SCHWARZER, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal process. In R. SCHWARZER (Ed.), *Self-efficacy : thought control of action*. Washington (DC) : Hemisphere.
- KADDOUR, J. (2000). *Les différences individuelles dans l'évaluation cognitive d'une contrainte : une étude du fonctionnement de l'endurance psychologique (Hardiness)*. Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Nancy 2.
- KELLER, P.H. (2000). *Médecine et psychosomatique*. Paris : Flammarion, coll. Dominos.
- KELLY, S., HERTZMAN, C. et DANIELS, M. (1997). Searching for the biological pathways between stress and health, *Annual Review of Public Health*, 18, 437-462.
- KOBASA, S.C., MADDI, S.R. et KAHN, S. (1982). Hardiness and health : a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- KOLECK, M., BRUCHON-SCHWEITZER, M., THIÉBAUT, E., DUMARTIN, N. et SIFAKIS, Y. (2000). Job stress, coping and burn-out among French general practitioners, *European Review of Applied Psychology*, 50, 3, 309-314.
- LAZARUS, R.S. et FOLMAN, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer.
- LEMONS-GIRALDEZ, S. et FIDALGO-ALISTE, A.M. (1999). Personality dispositions and health-related habits and attitudes. A cross-sectional study. *European Journal of Personality*, 11, 3, 197-209.
- LEVENTHAL, H., MEYER, D. et NERENZ, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. RACHMAN (Ed.), *Medical Psychology*, New York : Pergamon Press, vol. 2, pp. 7-30.
- LOVALLO, W.R. (1997). The immune system and behavior. In W.R. LOVALLO (Ed.), *Stress and Health : biological and psychological interactions*, London : Sage, chap. 8, pp. 123-143.
- LUMLEY, M.A., ASSELIN, L.A., NORMAN, S. (1997). Alexithymia in chronic pain patients. *Comprehensive Psychology*, 38, 3, 160-165.
- MARKS, D.F., MURRAY, M., EVANS, B., WILLIG, C. (2000). *Health psychology : theory, research, and practice*, London.
- MORIN, M. (2001). Croyances, attitudes et représentations sociales dans la prévention et la prise en charge de l'infection par le VIH, In M. BRUCHON-SCHWEITZER et B. QUINTARD (Ed.), *Personnalité et maladies*, Paris : Dunod, chap. 12, pp. 241-258.
- NEMIAH, J.C. (1996). Alexithymia : present, past and future. *Psychosomatic Medicine*, 58, 217-218.
- NUISSIER, J. (1996). *Les facteurs de l'ajustement au traumatisme médullaire : une étude en psychologie de la santé*. Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Bordeaux 2.
- PÉDINIELLI, J.L. (1992). *Psychosomatique et alexithymie*. PUF : Nodules.
- PETERSON, C., SELIGMAN, M.E.P. et VAILLANT, G.E. (1988). Pessimist explanatory style as a risk of physical illness. A thirty-five years longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 1, 23, 27.
- QUINTARD, B. (1994). Du stress objectif au stress perçu. In M. BRUCHON-SCHWEITZER et R. DANTZER (Eds.), *Introduction à la psychologie de la santé*, Paris : PUF, chap. 2, pp. 43-66.
- RASCLE, N. (1994). Le soutien social dans la relation stress-maladie. In M. BRUCHON-SCHWEITZER et R. DANTZER (Eds.), *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : PUF, chap. 5, 125-149.
- RASCLE, N. (2000). Testing the mediating role of appraisal stress and coping strategies on employee adjustment in a context of job mobility. *European Review of Applied Psychology*, 50, 3, 301-307.
- RASCLE, N., AGUERRE, C., BRUCHON-SCHWEITZER, M., NUISSIER, J., COUSSON, F., GILLIARD, J. et QUINTARD, B. (1997). Soutien social et santé : adaptation française du questionnaire de soutien social de

- Sarason, le S.S.Q. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 33, 1, 35-51.
- RODIN, J. et SALOVEY, P. (1989). Health psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.
- ROLLAND, J.P. (1998). *Le CISS (Coping Inventory for Stressful Situations) de Endler et Parker, adaptation et validation française*. Paris : ECPA.
- ROSENSTOCK, I.M. (1974). The Health Belief Model and preventive health behavior, *Health Education Monographs*, 2, 35-86.
- ROTTER, J.B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.
- RUTTER, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- SARAFINO, E. (1994). *Health psychology. Biopsychosocial interactions*. New York : Wiley, 2^e éd.
- SARASON, B.R., SARASON, I.G. et PIERCE, G.R. (1990). *Social support : an interactional view*, New York, Wiley.
- SARASON, I.G., LEVINE, H.M., BASHAM, R.B. et SARASON, B.R. (1983). Assessing social support : the Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- SCHEIER, M.F. et CARVER, C.S. (1985). Optimism, coping, and health : assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- SCHEIER, M.F. et CARVER, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being : theoretical overview and empirical update, *Cognitive and Therapeutic Research*, 16, 201-228.
- SCHWARZER, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions : a systematic overview. *Psychology and Health*, 9, 161-180.
- SMITH, T.W. et NICASSIO, P.M. (1996). Psychological practice : clinical application of the biopsychosocial model. In P.M. NICASSIO et T.W. SMITH (Eds.), *Managing chronic illness : a biopsychosocial perspective*. Washington (DC) : A.P.A., chap. 1, pp. 1-31.
- SOLOMON, G.F. (2000). Facts, research, and intervention in geriatrics. *The Science of Geriatrics*, 2, 47, 595-603.
- SPIEGEL, D., KRAEMER, H.C., BLOOM, J.R. et GOTTHEIL, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer, *The Lancet*, 14, 888-891.
- SPIELBERGER, C.D. (1994). *Professional Manual for the Job Stress Survey (JSS)*. Odessa (FL) : Psychological Assessment Resources.
- STONE, S.V. et COSTA, P.T. (1990). Disease-prone personality or distress-prone personality : The role of Neuroticism in CHD. In H.S. FRIEDMAN (Ed.), *Personality and disease*, New York : Wiley, chap. 8, pp. 178-200.
- SULS, J. et FLETCHER, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies, *Health Psychology*, 4, 249-288.
- SWENDSEN, J. et BLATTIER, C. (1996). *Psychopathologie et modèles cognitivo-comportementaux. Les recherches récentes*. Grenoble : PUG.
- TASTET, S. (2001). *Approche biopsychosociale des cancers du sein : stratégies d'ajustement et immuno-compétence. Une étude quasi-prospective menée auprès de 80 patientes atteintes d'un cancer du sein*. Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Bordeaux 2.
- TAYLOR, G.J., BAGBY, R.M. et PARKER, J.D.A. (1991). The alexithymia construct : a potential paradigm for psychosomatic medicine, *Psychosomatics*, 32, 153-164.
- TAYLOR, S.E., REPETTI, R.L. et SEEMAN, T. (1997). Health psychology : what is an unhealthy environment and how it get under the skin ? *Annual Review of Psychology*, 48, 411-447.
- TEMOSHOK, L. (1990). On attempting to articulate the biopsychosocial model : psychological-physiological homeostasis. In H.S. FRIEDMAN (Ed.), *Personality and disease*, New York : Wiley, chap. 9, pp. 203-225.
- VAN HECK, G.L. (1997). Personality and physical health : toward an ecological approach to health-related personality research. *European Journal of Personality*, 11, 415-443.

CONCEPTS ET MODÈLES EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ

WALLSTON, K.A., WALLSTON, B.S. et DE VELLIS, R.F. (1978). Development of the Multidimensional Locus of Control Scale (MHLCS). *Health Education Monographs*, 6, 161-170.

WATSON, D., CLARK, L.A. et CAREY, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 3, 346-353.

WATSON, D., CLARK, L.A. et TELLEGEN, A. (1988). Development of a brief measure of positive and negative affects : the PANAS Scales, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 6, 1063-1070.

WATSON, D. et PENNEBAKER, J.W. (1989). Health complaints, stress, and distress : exploring the central role of Negative Affectivity, *Psychological Review*, 96, 234-254.