

Du modèle transactionnel à une approche dyadique en psychologie de la santé

Nicole Rascle

Psychologie Française

Cite this paper

Downloaded from [Academia.edu](#) 

[Get the citation in MLA, APA, or Chicago styles](#)

Related papers

[Download a PDF Pack](#) of the best related papers 



[tude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un c...](#)
Angélique Antignac

[Stress et coping : un modèle intégratif en psychologie de la santé](#)

Marilou Bruchon-Schweitzer

[La psychologie de la santé](#)

Maryse Siksou



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

et également disponible sur www.em-consulte.com



Article original

Du modèle transactionnel à une approche dyadique en psychologie de la santé

From the transactional model to a dyadic approach in health psychology

A. Untas^{a,*}, M. Koleck^{b,2}, N. Rasclé^{b,3}, M. Bruchon-Schweitzer^{b,4}

^a EA 4057, laboratoire de psychopathologie et processus de santé, université Paris-Descartes, institut de psychologie, Sorbonne Paris Cité, 71, avenue Édouard-Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt, France

^b EA 4139, Laboratoire de psychologie « santé et qualité de vie », université Bordeaux-Segalen, 3 ter, place de la Victoire, 33076 Bordeaux cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 16 mars 2012

Accepté le 20 mars 2012

Mots clés :

Modèle stress-coping

Modèle transactionnel-intégratif

Modèle dyadique

Soutien social

Maladie chronique

RÉSUMÉ

Dans le cadre des maladies chroniques, les modèles et les recherches en psychologie de la santé se sont d'abord centrés sur le patient. Récemment les chercheurs se sont intéressés aux proches ce qui a nécessité de faire évoluer les modèles. L'objectif de cet article est de montrer comment, à partir du modèle transactionnel et de ses évolutions, il est possible de comprendre l'ajustement conjoint du patient et du proche à la maladie. La première partie est consacrée au modèle transactionnel stress-coping et au modèle transactionnel-intégratif-multifactoriel. La seconde partie présente des modèles basés sur une approche systémique et dyadique

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aurelie.untas@parisdescartes.fr (A. Untas).

¹ Maître de conférences en psychopathologie. Thèmes de recherche : ajustement individuel et dyadique à la maladie, émotions, relations familiales.

² Maître de conférences en psychologie de la santé. Thèmes de recherche : adaptation au stress, stratégies d'ajustement à la douleur chronique, éducation thérapeutique.

³ Professeur des universités en psychologie de la santé. Thèmes de recherche : ressources sociales, stress, qualité de vie.

⁴ Professeur émérite des universités en psychologie de la santé. Thèmes de recherche : modèle transactionnel-intégratif-multifactoriel, image du corps et troubles des comportements alimentaires, qualité de vie en prison.

permettant une prise en compte plus complète dans l'ajustement des patients et des proches à une maladie chronique.

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

A B S T R A C T

Keywords:

Stress-coping model
 Transactional integrative model
 Dyadic model
 Social support
 Chronic disease

In the context of chronic disease, models and studies in health psychology have first focused on the patients' adjustment. Research conducted with the Transactional Model of Stress and Coping (Lazarus and Folkman, 1984) and the Transactional Integrative and Multifactorial Model (Bruchon-Schweitzer, 2002) have shown that individuals' social relations, and especially family support, are associated to patients' outcomes. Recently, studies have taken more attention to the "significant others", most often the partners. In fact, relatives are also affected indirectly by the disease and its changes on daily life. Moreover, they often play a crucial role by helping the patient to face the disease. These models are focused on the individual and are not relevant to study dyads. An evolution of these models can be proposed by integrating a systemic and dyadic approach. In fact, the way the patient and the relative face the disease, the quality of their relation but also the way they face the disease together, as a dyad, have to be considered. The first part of this article presents the Transactional Model of Stress and Coping and the Transactional Integrative and Multifactorial Model and their evolutions. The second part shows how it is possible to develop a dyadic approach based on these models. It presents the Family System-Illness Model (Rolland, 1987), the Developmental-Contextual Model of couples coping with chronic illness across the adult life span (Berg and Upchurch, 2007) and a Systemic and Transactional Model of Dyads, which help to take more completely into account the adjustment processes of patients and relatives to a chronic illness.

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

1. Introduction

L'un des objectifs de la psychologie de la santé est de mieux comprendre les facteurs favorisant ou contrariant l'ajustement des personnes à diverses pathologies. Les modèles et les recherches se sont d'abord centrés sur le patient. Récemment, les chercheurs se sont intéressés au vécu des conjoints et de l'entourage, s'appuyant sur l'idée que la survenue d'une maladie est un facteur de stress pour les personnes qui y sont directement confrontées, mais également pour leurs proches. Ces avancées ont nécessité de faire évoluer les modèles existants, centrés sur l'individu, vers des modèles systémiques ou du moins dyadiques. Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984), qui a suscité de nombreux travaux, a ainsi servi de base au modèle développemental et contextuel de l'ajustement du couple à la maladie chronique de Berg et Upchurch (2007).

Le premier objectif de cet article est de faire une mise à jour du modèle transactionnel et du modèle transactionnel-intégratif-multifactoriel de Bruchon-Schweitzer (2002). Le second objectif est de montrer de quelle manière il est possible de faire évoluer ces modèles pour mieux comprendre comment la maladie affecte le patient et le proche, et comment le vécu de l'un influence celui de l'autre.

2. Comprendre l'ajustement à une maladie à travers une approche individuelle : le modèle transactionnel et le modèle transactionnel-intégratif-multifactoriel

Des modèles théoriques nombreux et hétérogènes coexistent actuellement en psychologie de la santé. On peut en distinguer deux grandes familles selon l'issue de santé qui est visée. La première regroupe des modèles dits « sociocognitifs ». Ils visent à comprendre pourquoi les individus adoptent (ou ont l'intention d'adopter) des comportements de santé/à risques. Les modèles « intégrés » ont pour objectif de prédire les issues de santé : initiation ou évolution de diverses pathologies, santé, bien-être... Les issues visées sont, selon les cas, plus ou moins globales (qualité de vie physique, psychique, sociale...) ou spécifiques (symptômes anxieux/dépressifs, comportements sains, résultats d'un traitement médical...). On considère ces modèles comme « intégrés » car ils incluent en général des prédicteurs de nature extrêmement différente (facteurs biologiques, sociaux, économiques, environnementaux...). Parmi ceux-ci, on peut citer le modèle biopsychosocial de Engel (1980), le modèle de l'autorégulation de Leventhal et al. (2003) et le modèle transactionnel « stress-coping » de Lazarus et Folkman (1984), modèle qui a inspiré de très nombreuses recherches en psychologie de la santé.

2.1. Le modèle transactionnel stress-coping (TSC) de Lazarus et Folkman (1984) et ses développements récents

Cette approche « cognitive » du stress est apparue dans un contexte scientifique propice, marqué par la fin de l'ego-psychology et du behaviorisme strict, et par une récente « révolution cognitive » caractérisée par l'intérêt intense porté aux relations entre cognitions et émotions. À partir de ces années-là, les recherches consacrées aux processus de stress et de coping vont littéralement exploser, non seulement en psychologie (de la santé, sociale, du travail, du développement...), mais aussi en sciences sociales, médecine, santé publique... On se mit à rechercher les facteurs expliquant comment certains individus paraissent s'ajuster mieux que d'autres aux événements stressants qui jalonnent la vie.

Le stress ne fut plus défini désormais simplement comme un aspect du contexte (événement stressant) ou comme une réponse de l'individu (réactions de stress), mais comme un processus dynamique où personne et contexte se transforment réciproquement. Ainsi furent définis le stress : « transaction particulière entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et menaçant son bien-être » (Lazarus et Folkman, 1984, p. 19) et le coping : « ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, déployés par l'individu pour gérer des exigences spécifiques, internes et/ou externes, évaluées comme consommant ou excédant ses ressources » (Lazarus et Folkman, 1984, p. 141).

Les processus transactionnels se déroulent en plusieurs phases : une phase d'évaluation primaire (signification de la situation), une phase d'évaluation secondaire (que puis-je faire ?), l'élaboration de stratégies d'ajustement ou « coping ». De la phase d'évaluation (façon dont la personne perçoit la situation et ses capacités à y faire face) dépendront les stratégies mises en place pour faire face à la situation, stratégies complexes intégrant des réponses de divers niveaux (cognitives, émotionnelles, comportementales). Ces processus auraient pour effet de moduler l'impact des événements stressants sur les issues de santé. Ces stratégies s'avéreront plus ou moins « efficaces » : si les issues sont défavorables, les émotions induites seront négatives (détresse). Le sujet réévaluera l'événement, la situation et ses ressources. Ce modèle suppose que l'effet des antécédents personnels et situationnels sur les issues est indirect, c'est-à-dire qu'il transite par les processus transactionnels. L'ordre de ces séquences peut varier et il peut y avoir en fonction de l'issue des boucles rétroactives, avec réévaluation. Ce modèle valorise les transactions « actuelles » entre individu et environnement, efforts cognitifs et comportementaux déployés par les individus pour s'ajuster à la situation *aversive* (Fig. 1).

Les événements stressants les plus étudiés ont été le fait d'être atteint d'une maladie, de faire face à des examens médicaux, diagnostics et traitements. On s'est demandé quels processus transactionnels préservaient au mieux la qualité de vie ultérieure des patients. On se mit également à étudier l'impact sur la population générale de nombreux autres événements, aigus (deuil, perte d'emploi, accident...)

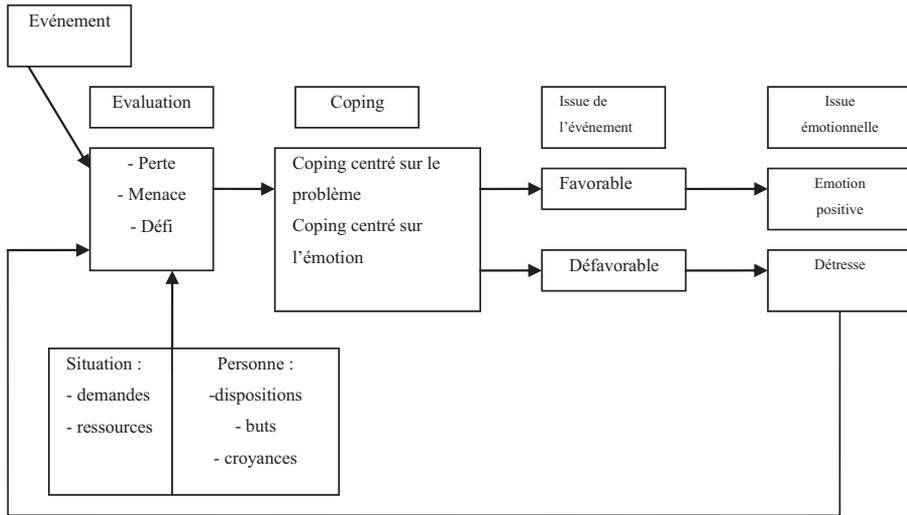


Fig. 1. Le modèle transactionnel stress-coping de Lazarus et Folkman (1984).

et chroniques (situations de stress chronique familiales, professionnelles, bruit, guerres...), cela sur différentes issues adaptatives. Selon ce modèle, plus que les caractéristiques objectives des événements, ce sont leurs caractéristiques « perçues » qui affectent la santé et le bien-être des personnes. Malgré l'intérêt suscité par la notion de coping (des dizaines de milliers de publications y sont consacrées depuis les années 1980), cette notion et ce modèle ont suscité bien des critiques. [Sommerfeld et McCrae \(2000\)](#) parlent de « crise » : rareté des études robustes méthodologiquement, cacophonie entre nomenclatures, fossé entre recherches et applications cliniques, critères d'efficacité du coping discutables. Des inventaires de coping nombreux sont apparus depuis les années 1980, suscitant des réserves : longueur, biais dus aux problèmes de rappel, validité de contenu, confusion du coping avec ses issues. Les classifications issues de la théorie ont donné deux méta-stratégies : coping centré sur le problème et centré sur l'émotion. Celles qui sont issues des recherches empiriques ont produit des dimensions nombreuses et spécifiques. Ainsi, on se demande à quelle méta-stratégie affecter le coping « évitant » (dénî, distraction, désengagement...), la recherche de soutien social, la restructuration cognitive (réinterprétation, humour, acceptation...). Un autre problème est l'hétérogénéité des taxinomies, des dimensions différentes apparaissant si l'on fait varier les situations stressantes et les échantillons, cela avec le même inventaire.

La notion de coping a donné lieu à des compléments et révisions ([Folkman et Moskowitz, 2004](#)). De nouvelles dimensions ont été décrites. Par exemple, le coping religieux consiste à trouver, grâce à la religion, la force d'endurer l'adversité ou à donner du sens à la situation. Un autre concept très étudié actuellement est le coping proactif par lequel la personne anticipe les événements et s'y prépare ([Schwarzer, 2001](#)).

Les publications récentes de Lazarus et al. font une place croissante aux émotions (positives notamment) au sein du modèle TSC ([Folkman, 2008](#)). Même dans les expériences hautement stressantes (deuil d'un être cher par exemple), les émotions positives coexistent avec les émotions négatives. Une révision du modèle TSC de [Folkman \(2008, 2010\)](#) tient compte du fait que, même en cas d'issues défavorables et de détresse induite, les individus recourent à des stratégies de réévaluation positive de la situation (comme le coping de recherche de sens). L'individu révisé ses priorités et objectifs et restaure ses ressources (boucle de rétroaction). On peut noter dans ce courant une amélioration des protocoles de recherche (davantage de recherches prospectives) et une opérationnalisation de la notion de processus d'ajustement efficaces/inefficaces ([Lazarus, 2000](#)).

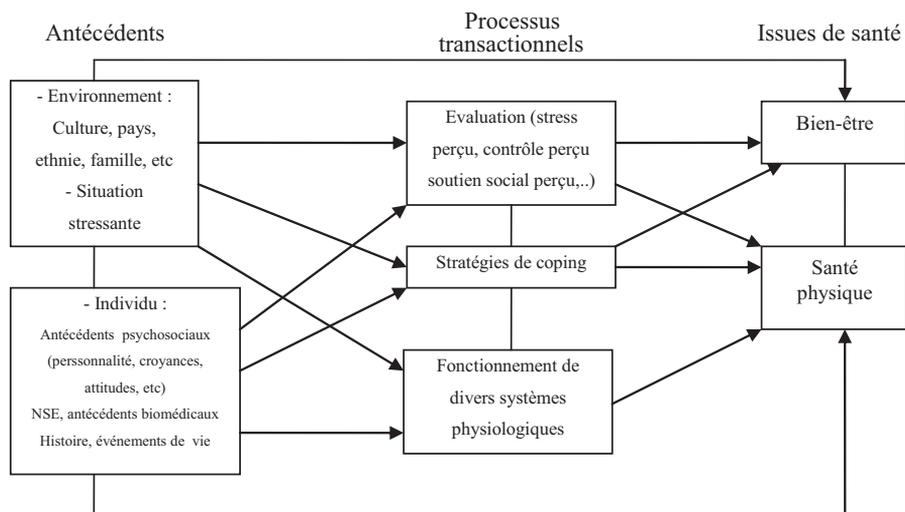


Fig. 2. Le modèle transactionnel-intégratif-multifactoriel de Bruchon-Schweitzer, 2002 ; sous presse ; Bruchon-Schweitzer et Quintard (2001).

2.2. Le modèle transactionnel-intégratif-multifactoriel (TIM) de Bruchon-Schweitzer (2002)

Les modèles transactionnels s'inspirant du modèle TSC se sont construits à partir des résultats empiriques accumulés depuis les années 1970, tout en tenant compte des critiques formulées envers le modèle initial : centration excessive sur des processus transactionnels (qui expliquent un pourcentage modeste de la variance expliquée des issues) au détriment de facteurs environnementaux et dispositionnels (réduits à des ressources), qualités psychométriques médiocres des outils de mesure (pour le coping notamment).

Le modèle TIM a été élaboré à partir d'une synthèse exhaustive de la littérature stress-coping des années 1970 à 2000 (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001 ; Koleck et al., 2003). Ce modèle, bâti d'après les apports des travaux scientifiques internationaux a suscité quelques mises à l'épreuve en France depuis les années 1995 (doctorants et collègues francophones essentiellement). Des études ont été menées sur diverses populations de patients : cancéreux, lombalgiques, arthritiques, traumatisés médullaires, dialysés, diabétiques, patients infectés par le VIH, par une hépatite C... Puis des recherches utilisant ce modèle furent menées avec des personnes faisant face à des situations de stress chronique (étudiants, enseignants, aidants familiaux, chômeurs, soignants, cadres, militaires, sportifs...). Le modèle TIM qui en résulte est présenté (Fig. 2)⁵.

Le choix des composantes du modèle, leurs relations, la succession temporelle des séquences ne sont que des hypothèses à étayer encore. On voit clairement dans cette figure que l'étape transactionnelle stress-coping de Lazarus et Folkman n'est que la séquence centrale (ce qui se passe en ce moment). Il a été complété par des antécédents ne se réduisant pas au « contexte » immédiat (antécédents environnementaux, personnels) et par des issues à moyen et long terme. Ce modèle est multifactoriel dans la mesure où il comprend des facteurs de nature fort différente, et intégratif parce qu'il prend en compte des variables issues de disciplines différentes (psychologie, sociologie, économie, médecine, psycho-neuro-immunologie...). Le point commun de ces facteurs est leur impact significatif sur diverses issues dysfonctionnelles (initiation, évolution péjorative de divers symptômes et/ou pathologies) ou fonctionnelles (amélioration de la santé, bien-être, qualité de vie...), d'après les résultats des études empiriques consultées.

⁵ Le modèle TIM est très général. Il devra être « spécifié » en fonction des issues à prédire, de la situation *aversive* à affronter et de l'échantillon concerné. À partir d'une revue de littérature récente, quelques petites améliorations de ce modèle seront proposées dans une publication prochaine (Bruchon-Schweitzer, sous presse).

Le modèle TIM comprend trois étapes principales.

2.2.1. Étape 1

L'étape 1 correspond au passé (lointain et immédiat) et comprend des antécédents environnementaux et personnels, peu ou pas pris en compte dans le modèle transactionnel classique, et dont les recherches accumulées ont pourtant montré les effets significatifs (directs et indirects) sur les issues de santé :

- facteurs environnementaux : pays, culture, ethnie, communauté, religion, famille, caractéristiques professionnelles. Leur impact sur la santé est bien établi (cf. synthèses de [Bruchon-Schweitzer, 2002](#) et de [Marmot, 2005](#)) ;
- situation stressante à affronter et ses caractéristiques objectives (les caractéristiques perçues de la situation, évaluation primaire, sont à mettre dans la deuxième étape). Les travaux issus du modèle TIM montrent par exemple que diverses caractéristiques de la maladie et des traitements méritent d'être pris en compte dans les recherches.
- facteurs psychosociaux individuels : histoire de l'individu (dont événements de vie), caractéristiques sociodémographiques, biomédicales, niveau socioéconomique, niveau d'études, âge, genre.

Dans les travaux utilisant le modèle TIM, le genre, l'âge, le niveau socioéconomique, la situation familiale, la situation professionnelle ont souvent des effets directs (ou indirects) sur les issues de santé.

Les effets de la personnalité sur la santé sont intéressants à considérer, notamment depuis la généralisation du modèle de la personnalité en cinq facteurs ([Bruchon-Schweitzer, 2002](#) ; [Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001](#)). En ce qui concerne l'effet des caractéristiques de la personnalité sur la qualité de vie, de très nombreux travaux montrent que certains aspects de la personnalité ont un effet salutogène (optimisme, affectivité positive, auto-efficacité, estime de soi, résilience. . .), d'autres un effet pathogène (névrosisme et ses composantes), cela non seulement sur la qualité de vie émotionnelle, mais aussi parfois sur la qualité de vie fonctionnelle. Les dimensions de la personnalité exercent leurs effets sur les issues de santé soit directement, soit en transitant par des processus transactionnels.

2.2.2. Étape 2

L'étape « transactionnelle » correspond à ce que l'individu ressent, perçoit, comprend et la manière avec laquelle il fait face à une situation (émotions, cognitions et comportements actuels élaborés face à l'adversité). Certains processus (stress perçu, contrôle perçu, soutien social perçu, stratégies de coping) ont donné lieu à énormément de publications (études qualitatives, théoriques, validations d'outils, applications), dont une synthèse a été faite par [Bruchon-Schweitzer \(2002\)](#). La sélection de certains de ces processus pour optimiser un modèle hypothétique doit tenir compte de la situation *aversive*, de la population et de l'issue considérée. Il s'avère parfois utile d'utiliser des échelles de stress, de coping, de contrôle ou de soutien « spécifiques » plutôt que d'utiliser des inventaires « génériques ».

Les résultats synthétisés il y a dix ans sont globalement confirmés par les études plus récentes. Un stress perçu faible, un contrôle perçu et un soutien social importants, une stratégie de coping centrée sur le problème ont en général des effets fonctionnels sur la santé émotionnelle et somatique. Le coping centré sur l'émotion a le plus souvent des effets dysfonctionnels.

Cependant, il convient de ne pas généraliser trop hâtivement, car le caractère bénéfique ou non d'une stratégie peut varier selon le critère considéré et le moment. Une stratégie évitante (ou « répressive ») peut s'avérer protectrice si l'on considère la qualité de vie émotionnelle de patients douloureux, mais dysfonctionnelle si l'on considère leur qualité de vie fonctionnelle ([Aguerre, 1999](#) ; [Schwerdtfeger et al., 2006](#)).

Un coping centré sur le problème peut avoir des effets nocifs sur la qualité de vie de certains patients. Par exemple, chez des patients infectés par l'hépatite C, un style de coping vigilant (recherche d'information) est associé à la gravité perçue de la maladie ([Constant et al., 2005](#)). Dans des études menées en cancérologie, le coping centré sur le problème prédit une mauvaise qualité de vie à moyen termes ([Cousson-Gélie, 2000](#) ; [Lelorain et al., 2011](#)). Sans doute est-il décourageant pour des patients actifs de ne pas observer d'amélioration de leur état à court et moyen terme. Cependant, certaines

études ont montré que cette stratégie pouvait s'avérer fonctionnelle à plus long terme. Il semble que, dans le cas de pathologies chroniques dont le pronostic est très sévère, l'adoption de stratégies centrées sur l'émotion soit fréquente dans un premier temps. Elle constitue une étape nécessaire qui permet au sujet de mobiliser ses ressources psychiques et ensuite d'adopter des stratégies plus fonctionnelles, comme les stratégies centrées sur le problème (Bungener, 2005).

Dans la plupart des études menées à partir du modèle TIM, les effets bénéfiques du soutien social ont été largement établis. Cela concerne le soutien social perçu (transaction) et à un moindre degré le soutien social reçu (de la part du partenaire, de la famille, des collègues...) et le soutien social recherché (qui est une stratégie de coping). Par exemple, chez des patients infectés par le VIH, le soutien social perçu s'est avéré associé à une évolution plus favorable de la maladie (Bidan-Fortier et al., 2003). Cela est en accord avec la littérature : recevoir du soutien et l'apprécier renforcerait nos défenses immunitaires (Thoits, 1995). Certaines interventions psychosociales, consistant à procurer à ces patients du soutien (informationnel, émotionnel et d'estime) mais aussi à les encourager à en rechercher, montrent que ces soutiens renforcent leur adhésion thérapeutique et induisent une évolution plus favorable de la maladie (Simoni et al., 2006).

2.2.3. Étape 3

Les issues correspondent à des critères d'ajustement multiples (santé physique, mentale, sociale...), plus ou moins globaux ou spécifiques, évalués objectivement ou autoévalués. Les études utilisant le modèle TIM ont cherché à prédire l'initiation et l'évolution (survie, rémission, récurrence) de diverses pathologies ainsi que de nombreuses issues (qualité de vie, réussite d'un sevrage, conduites alimentaires, addictions...). Le modèle reste ouvert et peut convenir à la prédiction de très nombreuses issues. On peut le spécifier selon les particularités des études à effectuer (situation, échantillon, critères à prédire) en s'appuyant sur les résultats des études antérieures. Si l'issue est par exemple la réussite d'un traitement, il faudra bien évidemment y intégrer des variables sociocognitives (vulnérabilité perçue, risques encourus, estimation des effets du traitement, des coûts et bénéfices), ainsi que l'adhésion thérapeutique des patients.

Les recherches mettant à l'épreuve le modèle TIM dans son ensemble ont montré qu'il prédit la santé émotionnelle de façon satisfaisante (jusqu'à 60% de variance expliquée), mais beaucoup moins bien la santé fonctionnelle (jusqu'à 20%). Depuis les années 2000, plusieurs auteurs ont vérifié sa compatibilité avec les résultats empiriques par des analyses en équations structurales⁶. Dans une étude rétrospective menée sur 300 femmes traitées pour un cancer du sein, certains antécédents comme l'âge au moment du diagnostic et le type de traitement, d'une part, ainsi que certains traits de personnalité (affectivité négative, affectivité positive, optimisme), d'autre part, ont des effets directs et/ou indirects sur la qualité de vie (Leloir et al., 2011). Parmi les processus transactionnels évalués, le soutien social perçu, un coping actif et un coping addictif médiatisent les effets de certains antécédents sur le critère. Le modèle TIM appliqué à ces patientes rend compte de 50% de la variance de leur qualité de vie émotionnelle (avec des paramètres d'ajustement excellents). Malgré ces résultats satisfaisants, on peut certainement améliorer encore la prédictivité des modèles transactionnels.

2.3. Un prolongement possible des modèles TSC et TIM : la prise en compte de l'entité patient-proche

Les travaux menés à partir des modèles TSC et TIM ont permis de montrer que les relations sociales d'un individu (nature et source du soutien social reçu) et leur retentissement subjectif (soutien social perçu) sont des variables importantes chez les personnes confrontées à une maladie grave. Par exemple, chez les patients en dialyse, être satisfait de son soutien social est associé à une meilleure qualité de vie, une meilleure observance thérapeutique et un risque de mortalité plus faible (Untas

⁶ Certains auteurs reconnaissent l'intérêt et la flexibilité du modèle TIM qui peut s'adapter à des études très diverses, mais objectent que le nombre de dimensions élevé fait qu'il ne peut pas être mis à l'épreuve par des techniques comme les SEM (Lourel, 2006). Bruchon-Schweitzer propose de procéder à des calculs préalables (par exemple des régressions multiples) pour repérer les variables ayant les relations les plus significatives avec les autres. Cette présélection des variables permet en général d'aboutir à un modèle plus parcimonieux (huit à 12 variables en général) et donc plus facilement testable.

et al., 2011). Par ailleurs, les patients percevant leur environnement familial comme peu soutenant et conflictuel présentent une augmentation de leur détresse émotionnelle au cours de la première année de dialyse (Untas et al., *in press*). Dans le domaine du soutien social, le soutien familial semble donc essentiel à prendre en compte. En effet, plusieurs études montrent que si le patient ne se sent pas soutenu par son conjoint, mais qu'il a d'autres sources de soutien (amis, famille), cela ne compense pas la mauvaise relation conjugale. Celle-ci renforce les risques de détresse et un ajustement à la maladie plus difficile pour des patientes atteintes d'un cancer du sein (Yang et Schuler, 2009).

Ainsi, les premières sources de soutien des patients sont généralement les conjoints, les enfants et les parents. Il apparaît alors nécessaire de s'intéresser à ces « autrui significatifs » que la maladie affecte indirectement, qui doivent faire face aux changements induits par la maladie et qui semblent jouer un rôle important dans l'ajustement du patient.

À l'heure actuelle, les deux modèles présentés ont surtout été appliqués aux personnes atteintes d'une maladie grave, mais ils pourraient tout à fait être adaptés à leurs proches afin de mieux comprendre comment ils s'ajustent à la maladie du patient. Toutefois, ces modèles ne se placent que « du point de vue de l'individu » et ne permettent pas de comprendre comment la maladie affecte le patient et le proche en tant qu'entité et comment le vécu de l'un influence celui de l'autre et réciproquement. Il semble donc pertinent de les compléter par une approche systémique.

3. Comprendre l'ajustement à une maladie à travers une approche dyadique des transactions sujet-environnement

L'approche systémique des relations humaines a été initiée par Bateson avec l'école de Palo Alto. Dans cette approche, la famille est considérée comme un système, c'est-à-dire un ensemble d'éléments en interaction, tel qu'une modification quelconque de l'un d'eux entraîne une modification de tous les autres.

L'approche systémique des relations humaines s'est d'abord intéressée au fonctionnement des familles dont un membre présentait un problème de santé mentale. Beaucoup plus tardivement, dans les années 1990, elle a porté une attention particulière au rôle de la maladie somatique dans la vie du patient et de sa famille. Dans ce cadre, l'approche systémique cherche à favoriser une adaptation optimale de la famille aux exigences de la maladie et à son évolution au cours du temps (Cook-Darzens, 2005). Le modèle systémique de santé développé ci-après apporte une base théorique s'intéressant au champ d'étude des maladies somatiques.

3.1. Le modèle systémique de santé

Le modèle systémique de santé (Family System-Illness Model) a été développé par Rolland (1987, 1994). C'est une version du modèle biopsychosocial appliquée au champ de la médecine. L'originalité de ce modèle réside dans le fait qu'il tente de décrire en termes normatifs la complexité et les interactions réciproques entre la maladie somatique, le patient et sa famille, cela dans une perspective développementale.

Ce modèle prend en compte les spécificités de la maladie : son apparition (soudaine ou progressive), son évolution (progressive, constante ou avec des rechutes), son devenir (pronostic vital ou non, avec une espérance de vie réduite ou une mort brutale) et les altérations possibles (absentes, modérées, sévères). Chaque type de maladie constitue une combinaison de ces quatre spécificités et implique des demandes particulières basées sur des caractéristiques biologiques.

Pour Rolland, il est indispensable d'apprécier la dynamique évolutive de la maladie au cours du temps. Trois phases principales peuvent être décrites.

La crise est la période initiale de réajustement suite au diagnostic et à la mise en place du traitement. Pour les membres de la famille, c'est souvent une période de vulnérabilité et d'incertitude accrue, durant laquelle la famille interrompt son fonctionnement habituel pour se concentrer sur le patient et sa maladie.

La phase chronique se caractérise par une constance de la maladie dans le temps, une progression ou des changements épisodiques. Sa durée varie de quelques mois à plusieurs années selon la pathologie.

La capacité de la famille à maintenir un semblant de « vie normale » dans des conditions « anormales » serait la tâche clé de cette phase.

La phase terminale inclut le stade préterminal de la maladie où la mort domine la vie familiale. Elle comprend la période de deuil, de douleur et de chagrin liée à la séparation, puis la reprise d'une vie familiale normale au-delà de la perte.

Des périodes de transition cruciales pour l'adaptation du patient et de sa famille lient ces phases. Elles permettent la réévaluation de l'adéquation entre la structure familiale et les priorités liées à la maladie, ainsi que les altérations liées aux demandes développementales de la maladie.

Le modèle développé par **Rolland (1987, 1994)** se compose de quatre entités qui sont liées et s'inscrivent dans un cycle de vie qui leur est propre :

- le patient avec ses caractéristiques génétiques, sa personnalité, son stade de développement, son histoire. . .
- la famille avec son mode de fonctionnement, ses valeurs, son histoire. . .
- le système de soins avec sa politique, la structure et le fonctionnement de l'équipe. . .
- la maladie avec ses propres spécificités telles que nous venons de les décrire.

L'importance accordée au contexte temporel de la maladie est un point fort de ce modèle. Bien que des études empiriques soient encore nécessaires, le modèle systémique de santé semble pertinent tant sur le plan théorique que sur le plan pratique. En effet, il apporte une base théorique aux études sur la famille dans le champ des maladies somatiques, ainsi que des implications cliniques importantes en termes d'organisation de service et de prise en charge des patients et des familles (**Rolland et Williams, 2005**).

3.2. *D'une approche systémique de la famille à une approche conjugale*

Pour mieux comprendre le phénomène de stress dans le couple, **Bodenmann (1995)** a proposé un modèle original alliant une approche transactionnelle et une approche systémique. D'après lui, le stress et sa gestion seraient un phénomène interactif entre les deux partenaires d'un couple, les signes de stress de l'un déclenchant des réactions de gestion chez l'autre. **Bodenmann (1997)** a introduit le concept de coping dyadique qui correspond à « l'ensemble des efforts d'un ou des deux partenaires destinés à gérer les événements stressants, ainsi que les tensions éprouvées par l'un (stress individuel) ou par les deux partenaires (stress dyadique). Il comprend les stratégies de gestion destinées au maintien ou à la restauration de l'équilibre structurel, fonctionnel, comportemental, émotionnel et social du système dyadique ainsi que l'équilibre de chaque partenaire » (p. 141).

Le processus de gestion dyadique du stress serait composé de trois phases. La première correspond à la communication autour du stress, c'est-à-dire le fait de parler de son stress à son partenaire, de lui demander un soutien pratique ou émotionnel. La seconde phase correspond au coping dyadique, c'est-à-dire la réaction des partenaires suite à cette communication. Ces réactions peuvent être diverses (gestion commune du stress, soutien positif centré sur le problème ou les émotions, soutien hostile, ambivalent ou superficiel). La troisième phase est le feed-back, c'est-à-dire l'efficacité perçue et la satisfaction associées à la gestion du stress dans le couple. Un outil spécifique, le Dyadic Coping Inventory (DCI), a été élaboré pour mesurer la gestion dyadique du stress. Il a récemment été validé en français (**Ledermann et al., 2010**).

Le modèle de Bodenmann a surtout été utilisé pour mieux comprendre l'influence du stress quotidien chronique du couple sur son fonctionnement (en termes de temps passé ensemble, de communication), mais aussi sur la satisfaction des relations conjugales et le risque de séparation ou de divorce. Les recherches montrent que le recours à un coping dyadique positif (soutenir son partenaire sur le plan pratique et/ou émotionnel, chercher des solutions ensemble. . .) est associé à la satisfaction maritale, au fonctionnement et au vécu du mariage à deux et cinq ans (**Bodenmann et Cina, 2005 ; Bodenmann et al., 2006**).

Quelques études concernent des populations « cliniques ». Il semble que les couples dont un partenaire présente un trouble dépressif ou un état de stress post-traumatique ont moins recours au coping dyadique positif que des couples « contrôles » (**Bodenmann et Cina, 2005 ; Kramer et al.,**

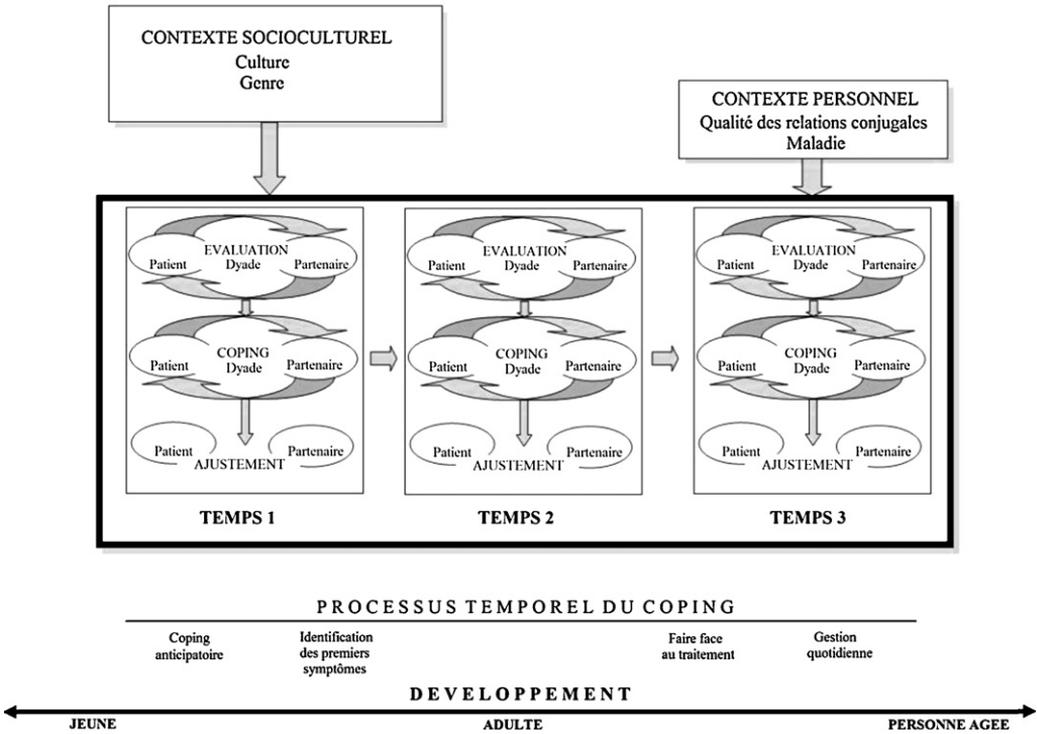


Fig. 3. Modèle de Berg et Upchurch (2007).

2005). Chez les couples confrontés à un cancer du sein, un coping dyadique positif est associé à une faible détresse chez les deux partenaires trois et six mois après le début du traitement, cette influence étant plus forte chez la patiente (Badr et al., 2010). Chez des patientes ayant eu une reconstruction mammaire après un cancer du sein, le coping dyadique positif s'est avéré associé à une meilleure qualité de vie et une meilleure satisfaction corporelle (Untas et al., 2009).

Berg et Upchurch (2007) ont proposé un modèle développemental et contextuel du couple face à la maladie chronique. Ce modèle reprend le modèle TSC en tenant compte de la phase d'évaluation, des stratégies de coping et de l'ajustement du patient, ainsi que de son partenaire, et des liens entre ces variables. Berg et Upchurch ajoutent, au centre des deux partenaires, l'évaluation et le coping dyadique (Fig. 3). Notons que, pour ces auteurs, le coping dyadique est en première ligne, alors que pour Bodenmann les partenaires s'engagent dans un coping dyadique lorsque les stratégies individuelles sont épuisées.

Ce modèle tient compte de l'aspect développemental de l'individu, mais aussi de l'aspect temporel du processus de coping dyadique en lien avec les phases évolutives de la maladie chronique.

Avant de présenter quelques recherches sur l'ajustement du couple à la maladie, il est important de savoir que l'étude de dyades nécessite l'utilisation d'un traitement statistique spécifique. Le développement des études sur les dyades dans les maladies somatiques semble d'ailleurs lié à une technique d'analyse de données récente : le *Actor and Partner Interdependence Model* (APIM) de Kenny et al. (2006). Une adaptation de ce modèle a été proposée par Kenny et Ledermann (2010) pour tester les variables dyadiques.

La majorité des études utilisant le modèle APIM ont été réalisées en oncologie et principalement sur des couples. Elles ont permis de souligner les liens entre le vécu des deux membres de la dyade en ce qui concerne la qualité de vie et la détresse psychologique de couples (Badr et al., 2008). En France,

deux études récentes ont utilisé le modèle APIM. Dans celle de Lafaye (2009), le soutien social perçu par chaque membre du couple, face à un cancer de la prostate, a une influence positive sur le bien-être des deux partenaires. En revanche, face à l'annonce du diagnostic, l'utilisation par la conjointe d'un coping centré sur l'émotion a un effet négatif sur le bien-être des deux. Le recours au coping centré sur le problème et à la recherche de soutien social par le patient sont associés à son bien-être mais n'affecte pas celui de sa conjointe. Chez des couples confrontés à un cancer du sein, Segrestan-Crouzet (2010) retrouve l'effet négatif du coping émotionnel du conjoint sur sa propre anxiété. Mais ici l'effet sur l'anxiété de la patiente est positif. L'utilisation d'un coping émotionnel par la patiente est associée à des niveaux importants d'anxiété chez les deux partenaires. De la même manière, la recherche de soutien par l'un des membres du couple est associée à un risque moindre de développement d'une symptomatologie dépressive du conjoint.

Le modèle de Berg et Upchurch propose une approche originale de l'ajustement du couple à la maladie à partir des processus transactionnels du patient, du partenaire et du couple. Le conjoint est souvent la personne la plus concernée par la maladie et la plus investie auprès du patient. Toutefois, d'autres « autrui significatifs » peuvent jouer un rôle primordial, comme cela a été montré par les travaux sur les aidants dans la maladie d'Alzheimer (Kales et al., 2005). Comment peut-on alors comprendre l'ajustement des patients et des proches à une maladie lorsque le proche n'est pas le conjoint ?

3.3. Proposition d'un modèle systémique et transactionnel de dyades en psychologie de la santé

La majorité des études concernant les proches se sont centrées sur le conjoint. Cependant, celles qui se sont intéressées au vécu des proches globalement (pas uniquement les conjoints) montrent que ces derniers ressentent et expriment des émotions négatives, ont des difficultés à se projeter dans l'avenir et présentent une altération de leur qualité de vie (Untas, 2009). Leur vécu est donc semblable à celui des patients.

Cependant, ces auteurs s'intéressent généralement au vécu des proches et des patients de manière distincte, sans les mettre en lien. Nous avons identifié deux recherches récentes portant sur le vécu de dyades patient-proche en cancérologie. À l'aide de la méthode APIM, elles ont souligné les liens entre la détresse psychologique et la qualité de vie de filles adultes et de leur mère ayant survécu à un cancer (Kim et al., 2008) et la peur de la récurrence chez les patients et leurs aidants familiaux (Mellon et al., 2007).

En néphrologie, des liens ont également été observés entre le vécu des patients et celui des proches (Untas, 2009). Lors de la mise en dialyse, le recours du patient à des stratégies centrées sur le problème est associé à une faible anxiété chez le proche à un an. Par ailleurs, plus le patient est optimiste, moins lui et son proche développent de symptômes dépressifs.

Cette influence de l'optimisme d'un individu sur un autre a déjà été observée en rhumatologie, où le pessimisme de l'aidant est associé négativement aux capacités fonctionnelles de patients atteints d'arthrite rhumatoïde (Beckham et al., 1995). Ces résultats soulignent l'intérêt de prendre en compte la personnalité des deux membres de la dyade.

Ces quelques études ont juxtaposé des facteurs individuels pour comprendre l'adaptation de chaque membre de la dyade, mais n'ont pas évalué de variables dyadiques. Il serait intéressant, comme dans le modèle proposé par Berg et Upchurch (2007), d'étudier la manière dont l'entité patient-proche fait face à la maladie en adaptant les concepts de stress et de coping dyadiques. Prenons l'exemple des stratégies de coping : face au diagnostic d'une maladie grave, sur le plan individuel, une mère cherche des informations sur la maladie alors que sa fille exprime ses émotions et cherche du soutien auprès de son entourage. En revanche, sur le plan dyadique, elles évitent de parler de la maladie et de partager leur ressenti. Les stratégies de chaque entité (mère, fille, dyade) sont à évaluer pour mieux comprendre leur ajustement.

Dans ce cas, il semble essentiel de prendre en compte les caractéristiques de la dyade, c'est-à-dire le lien de parenté unissant les deux individus, l'ancienneté de la relation mais aussi la qualité de la relation.

Dans cette perspective, nous proposons un nouveau modèle intitulé « modèle systémique et transactionnel de dyades en psychologie de la santé ». Ce modèle, en référence à celui de Rolland, tient

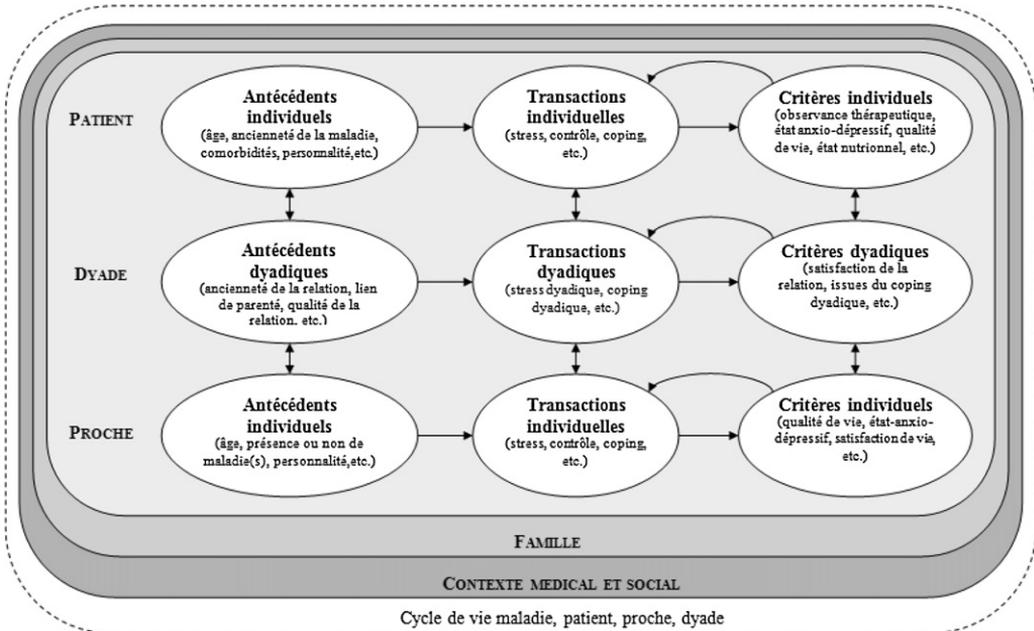


Fig. 4. Modèle systémique et transactionnel de dyades en psychologie de la santé (Untas, 2009).

compte de la maladie et du contexte familial, médical et social, tout en précise les relations entre le patient et une personne de son entourage. Il rejoint celui de Berg et Upchurch (2007) puisqu'il est composé de trois entités : le patient, le proche et la dyade. De plus, en référence au modèle TIM décrit dans la 1ère partie et aux travaux sur l'optimisme décrits ci-dessus, ce modèle intègre la personnalité.

Ainsi, dans le modèle systémique et transactionnel de dyades en psychologie de la santé, chaque entité (patient, proche, dyade) a ses propres caractéristiques en termes d'antécédents, de variables transactionnelles et de critères. L'ensemble du système s'inscrit dans un cycle de vie propre à la maladie, au patient, au proche et à la dyade (Fig. 4).

À partir de ce modèle, diverses relations peuvent être investiguées. Les relations entre les antécédents dyadiques et les critères dyadiques peuvent, ou non, être médiatisées par les transactions dyadiques. Les antécédents individuels (du patient et du proche) peuvent influencer les transactions et les critères dyadiques, par l'intermédiaire des transactions individuelles. De plus, les relations entre les antécédents et les critères individuels peuvent être médiatisées par les transactions dyadiques.

4. Conclusion et perspectives

En psychologie de la santé, les études réalisées sur les couples et sur les familles se développent. La notion de « résilience familiale » (Black et Lobo, 2008), qui englobe les ressources communes élaborées par ses membres (optimisme, entente, rituels, activités, soutien social, ...), est particulièrement prometteuse.

Dans les modèles existants, l'interaction entre l'individu et son environnement est essentielle. L'approche transactionnelle s'intéresse à la manière dont cette interaction influence les perceptions, émotions et comportements de l'individu, mais ne cherche pas véritablement à investiguer l'influence des réponses de l'individu sur l'environnement. L'approche systémique se base sur l'idée que l'individu est membre d'un système, dans lequel le comportement de chaque membre est lié au comportement de tous les autres et en dépend. La conjugaison de ces deux approches apporte indéniablement un niveau de complexité supplémentaire qui nous paraît nécessaire pour mieux rendre compte de l'ajustement du patient à sa maladie. Cet ajustement dépend en grande partie des processus d'ajustement élaborés

par les proches et avec les proches, notamment la personne avec qui le patient a une relation privilégiée. L'approche dyadique, qui suppose cette existence d'un « autrui significatif », semble donc difficile à appliquer dans le cas de personnes particulièrement isolées. Cela constitue la principale limite de cette approche. Par ailleurs, ce modèle se base sur la représentation que les membres de la dyade ont de leur relation. Une façon complémentaire de tester ce modèle sera d'observer et d'évaluer les comportements de la dyade en situation écologique.

En termes d'applications cliniques, les approches centrées sur la dyade peuvent enrichir les réflexions autour des prises en charge des patients atteints d'une maladie somatique. Quelques études commencent à souligner l'efficacité des interventions familiales par rapport aux interventions individuelles (Martire, 2005 ; Martire et al., 2010). Toutefois, ces études se focalisent sur les effets de la thérapie sur le patient et ne tiennent pas compte des besoins des proches. L'intérêt des interventions individuelles (auprès du patient ou des proches) et familiales restent à donc explorer. Nous pensons que les études menées à partir du modèle systémique et transactionnel de dyades en psychologie de la santé permettront de mieux mettre en évidence la pertinence de l'utilisation séparée ou conjointe de ces deux types d'interventions.

Le modèle proposé dans cet article présente l'intérêt de pouvoir être appliqué tant aux pathologies somatiques que psychiatriques. Son application à différents types de pathologies permettrait de l'affiner en tenant compte de la nature des symptômes susceptibles de modifier la nature des interactions entre les individus. Un modèle à la fois systémique et transactionnel permet de prendre en compte l'ensemble des processus élaborés par les individus et leur entourage, lorsqu'ils sont confrontés aux situations aversives de la vie.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- 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. Université Bordeaux 2, Bordeaux.
- Badr, H., Acitelli, L.K., Taylor, C.L.C., 2008. Does talking about their relationship affect couples' marital and psychological adjustment to lung cancer? *Journal of Cancer Survivorship* 2 (1), 53–64.
- Badr, H., Carmack, C.L., Kashy, D.A., Cristofanilli, M., Revenson, T.A., 2010. Dyadic coping in metastatic breast cancer. *Health Psychology* 29 (2), 169–180.
- Beckham, J.C., Burker, E.J., Rice, J.R., Talton, S.L., 1995. Patient predictors of caregiver burden, optimism and pessimism in rheumatoid-arthritis. *Behavioral Medicine* 20 (4), 171–178.
- Berg, C.A., Upchurch, R., 2007. A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. *Psychological Bulletin* 133 (6), 920–954.
- Bidan-Fortier, C., Bruchon-Schweitzer, M., Rasclé, N., 2003. Les stratégies de coping des patients contaminés par le VIH : construction et validation du QCSPPS. *Psychologie & Psychométrie* 24 (1), 53–72.
- Black, K., Lobo, M., 2008. A conceptual Review of Family Resilience Factors. *Journal of Family Nursing* 14 (1), 33–55.
- Bodenmann, G., 1995. A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples. *Swiss Journal of Psychology/Schweizerische Zeitschrift für Psychologie/Revue Suisse de Psychologie* 54 (1), 34–49.
- Bodenmann, G., 1997. Dyadic coping: a systemic-transactional view of stress and coping among couples: theory and empirical findings. *European Review of Applied Psychology – Revue Européenne de Psychologie Appliquée* 47 (2), 137–141.
- Bodenmann, G., Pihet, S., Kayser, K., 2006. The relationship between dyadic coping and marital quality: a 2-year longitudinal study. *Journal of Family Psychology* 20 (3), 485–493.
- Bodenmann, G., Cina, A., 2005. Stress and coping among stable-satisfied, stable-distressed, and separated/divorced swiss couples: a 5-year prospective longitudinal study. *Journal of Divorce & Remarriage* 44 (1–2), 71–89.
- Bruchon-Schweitzer, M., 2002. *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Dunod, Paris.
- Bruchon-Schweitzer, M. (sous presse). *Psychologie de la santé. Concepts, méthodes et modèles*. Paris: Dunod, 2^e édition révisée.
- Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., 2001. *Personnalité et maladies, stress, coping et ajustement*. Dunod, Paris.
- Bungener, C., 2005. Les troubles psychopathologiques et les mécanismes adaptatifs dans la sclérose latérale amyotrophique. *Pratiques Psychologiques* 11 (4), 319–328.
- Constant, A., Castera, L., Quintard, B., Bernard, P.H., De Ledinghen, V., Couzigou, P., et al., 2005. Psychosocial factors associated with perceived disease severity in patients with chronic hepatitis C: Relationship with information sources and attentional coping styles. *Psychosomatics* 46 (1), 25–33.
- Cook-Darzens, S., 2005. La thérapie familiale : de la multiplicité à l'intégration. *Pratiques Psychologiques* 11 (2), 169–183.
- Cousson-Gélie, F., 2000. Breast cancer, coping and quality of life: a semi-prospective study. *European Review of Applied Psychology/Revue Européenne de Psychologie Appliquée* 50 (3), 315–320.
- Engel, G.L., 1980. The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry* 137 (5), 535–544.

- Folkman, S., 2008. The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal* 21 (1), 3–14.
- Folkman, S., 2010. Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology* 19 (9), 901–908.
- Folkman, S., Moskowitz, J.T., 2004. Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology* 55, 745–774.
- Kales, H.C., Chen, P., Blow, F.C., Welsh, D.E., Mellow, A.M., 2005. Rates of clinical depression diagnosis, functional impairment, and nursing home placement in coexisting dementia and depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 13 (6), 441–449.
- Kenny, D.A., Kashy, D.A., Cook, W.L., 2006. *Dyadic data analysis*. Guilford Press, New York, NY US.
- Kenny, D.A., Ledermann, T., 2010. Detecting, measuring, and testing dyadic patterns in the actor-partner interdependence model. *Journal of Family Psychology* 24 (3), 359–366.
- Kim, Y., Wellisch, D.K., Spillers, R.L., 2008. Effects of psychological distress on quality of life of adult daughters and their mothers with cancer. *Psycho-Oncology* 17 (11), 1129–1136.
- Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., Bourgeois, M.L., 2003. Stress et coping : un modèle intégratif en psychologie de la santé. *Annales Medico-Psychologiques* 161 (10), 809–815.
- Kramer, U., Ceschi, G., Van der Linden, M., Bodenmann, G., 2005. Individual and dyadic coping strategies in the aftermath of a traumatic experience. *Swiss Journal of Psychology* 64 (4), 241–248.
- Lafaye, A., 2009. Effets acteurs-partenaires du soutien social et des stratégies de coping sur la qualité de vie et les troubles anxio-dépressifs de patients atteints d'un cancer de la prostate et de leur conjointe. Thèse de Doctorat. Université Bordeaux 2, Bordeaux.
- Lazarus, R.S., 2000. Toward better research on stress and coping. *American Psychologist* 55 (6), 665–673.
- Lazarus, R.S., Folkman, S., 1984. *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York.
- Ledermann, T., Bodenmann, G., Gagliardi, S., Charvoz, L., Verardi, S., Rossier, J., et al., 2010. Psychometrics of the dyadic coping inventory in three language groups. *Swiss Journal of Psychology* 69 (4), 201–212.
- Leloirain, S., Tessier, P., Florin, A., Bonnaud-Antignac, A., 2011. Predicting mental quality of life in breast cancer survivors using comparison participants. *Journal of Psychosocial Oncology* 29 (4), 430–449.
- Leventhal, H., Brissette, I., Leventhal, E., 2003. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron, L., Leventhal, H. (Eds.), *The self-regulation of health and illness behavior*. Routledge, London.
- Lourel, M., 2006. Stress et santé : le rôle de la personnalité. Une présentation de quelques outils d'évaluation de la personnalité. *Recherche en Soins Infirmiers* 85 (2), 5–14.
- Marmot, M., 2005. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 365 (9464), 1099–1104.
- Martire, L.M., 2005. The "relative" efficacy of involving family in psychosocial interventions for chronic illness: are there added benefits to patients and family members? *Families, Systems, & Health* 23 (3), 312–328.
- Martire, L.M., Schulz, R., Helgeson, V.S., Small, B.J., Saghafi, E.M., 2010. Review and meta-analysis of couple-oriented interventions for chronic illness. *Annals of Behavioral Medicine* 40 (3), 325–342.
- Mellon, S., Kershaw, T.S., Northouse, L.L., Freeman-Gibb, L., 2007. A family-based model to predict fear of recurrence for cancer survivors and their caregivers. *Psycho-Oncology* 16 (3), 214–223.
- Rolland, J.S., 1987. Chronic illness and the life cycle: a conceptual framework. *Family Process* 26 (2), 203–221.
- Rolland, J.S., 1994. *Families, illness, and disability: an integrative treatment model*. Basic Books, New York.
- Rolland, J.S., Williams, J.K., 2005. Toward a biopsychosocial model for 21(st)-century genetics. *Family Process* 44 (1), 3–24.
- Schwarzer, R., 2001. Stress, resources, and proactive coping. *Applied Psychology: An International Review* 50 (3), 400–407.
- Schwerdtfeger, A., Schmukle, S.C., Egloff, B., 2006. Avoidant coping, verbal-autonomic response dissociation and pain tolerance. *Psychology & Health* 21 (3), 367–382.
- Segrestan-Crouzet, C., 2010. Évolution et différences dans l'ajustement des couples au cancer du sein. Thèse de Doctorat. Université Bordeaux 2, Bordeaux.
- Simoni, J.A., Frick, P.A., Huang, B., 2006. A longitudinal evaluation of a social support model of medication adherence among HIV-positive men and women on antiretroviral therapy. *Health Psychology* 25 (1), 74–81.
- Somerfeld, M.R., McCrae, R.R., 2000. Stress and coping research. Methodological challenges, theoretical advances, and clinical applications. *American Psychologist* 55 (6), 620–625.
- Thoits, P.A., 1995. Stress, coping and social support processes: where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 53–79 (Extra issue).
- Untas, A., 2009. Facteurs prédisant l'observance thérapeutique, l'état anxio-dépressif et la qualité de vie chez des patients mis en dialyse : mise en perspective d'une approche transactionnelle et d'une approche systémique en psychologie de la santé. Thèse de Doctorat. Université Bordeaux 2, Bordeaux.
- Untas, A., Quintard, B., Koleck, M., Borteyrou, X., Azencot, A., 2009. Impact de la gestion dyadique du stress sur l'ajustement à une reconstruction mammaire différée après cancer. *Annales Medico-Psychologiques* 167 (2), 134–141.
- Untas, A., Thumma, J., Rasclé, N., Rayner, H., Mapes, D., Lopes, A.A., et al., 2011. The associations of social support and other psychosocial factors with mortality and quality of life in the dialysis outcomes and practice patterns study. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 6 (1), 142–152.
- Untas, A., Rasclé, N., Idier, L., Lasseur, C., Combe, C. (in press). Family relations, mental health and adherence to nutritional guidelines in patients facing dialysis initiation. *Psychology & Health*, doi:10.1080/08870446.2011.574699.
- Yang, H.-C., Schuler, T.A., 2009. Marital quality and survivorship: Slowed recovery for breast cancer patients in distressed relationships. *Cancer* 115 (1), 217–228.