

Communication

## Stress et coping : un modèle intégratif en psychologie de la santé Stress and coping: their dimensional approach in Health Psychology

M. Koleck<sup>a</sup>, M. Bruchon-Schweitzer<sup>a</sup>, M.L. Bourgeois<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> Laboratoire de psychologie EA 526, université Victor-Segalen–Bordeaux-2, 3<sup>ter</sup>, place de la Victoire, 33076 Bordeaux cedex, France

<sup>b</sup> IPSO, institut Pîtres et Régis (université Victor-Segalen), CH Charles-Perrens, 121, rue de la Béchade, 33076 Bordeaux cedex, France

### Résumé

Les auteurs présentent les concepts de Stress et de Coping et leur approche dimensionnelle en Psychologie de la santé. Ils représentent un modèle heuristique pour les recherches empiriques en Psychiatrie clinique.

© 2003 Publié par Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS.

### Abstract

This is a presentation of the concepts of Stress and Coping with their dimensional approach in Health Psychology. They are heuristic model for empirical research in clinical Psychiatry.

© 2003 Publié par Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS.

*Mots clés* : Coping ; Psychologie de la santé ; Stress

*Keywords* : Coping; Health psychology; Stress

### 1. Introduction

Le stress est une notion populaire dans le champ de la médecine, et aussi parmi le grand public. On confond souvent stress et facteurs de stress et on ne distingue pas toujours stress d'origine physique et stress psychosocial, les premiers correspondant exactement aux expériences fondatrices de Selye qui a développé le modèle de syndrome général d'adaptation avec ses trois étapes : la réaction d'alarme, la phase de résistance et d'adaptation et la phase d'épuisement. Selon Soulimani (2002), c'est Jean Delay qui introduisit en 1959 la notion de stress dans le domaine de la psychologie.

### 2. La psychologie de la santé

La psychologie de la santé est une discipline récente, officialisée en 1985 aux États-Unis (section 38 de l'Améri-

can Psychological Association) et l'année suivante en Europe sous l'impulsion de Stan Maës. Matarazzo (1984) la définit comme « l'ensemble des savoirs fondamentaux de la psychologie appliqués à la compréhension de la santé et de la maladie ». Bruchon-Schweitzer et Dantzer [4] précisent cette définition : « Elle consiste en l'étude des facteurs et processus psychologiques jouant un rôle dans l'apparition des maladies et pouvant accélérer ou ralentir leur évolution. »

La psychologie de la santé répond à plusieurs objectifs (Bruchon-Schweitzer, 2001) : elle étudie, tout d'abord, les facteurs psychosociaux qui jouent un rôle dans l'initiation et l'évolution des maladies. Elle tente, ensuite, de comprendre les processus biopsychosociaux qui expliquent cette influence. Elle vise enfin à optimiser la prévention et la promotion des comportements de santé et la prise en charge des personnes malades [1,2,6,7,9,11,12].

Cette discipline est fondée sur un modèle qui intègre les principaux apports des modèles antérieurs que sont les approches biomédicale, épidémiologique et psychosomatique. Selon le modèle biomédical, la maladie correspond à un dysfonctionnement organique dû à l'effet de divers agents

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [bourgeois.marc@wanadoo.fr](mailto:bourgeois.marc@wanadoo.fr) (M.L. Bourgeois).

pathogènes, tels qu'une infection, un traumatisme, une lésion... (modèle causes à effets). Si ce modèle a été extrêmement utile pour combattre les maladies infectieuses et développer les vaccins et les antibiotiques, il est considéré aujourd'hui comme trop simpliste.

À l'opposé de ce modèle, le courant psychosomatique a développé l'idée selon laquelle l'apparition de certaines maladies (respiratoires, digestives, dermatologiques...) serait associée à certains facteurs psychologiques. Ces facteurs diffèrent d'une école de pensée à l'autre : conflit psychique et profil de personnalité particulier pour Frantz Alexander et l'École de Chicago, fonctionnement psychique particulier avec un mode de pensée opératoire (faible capacité de mentalisation, pauvreté de l'imaginaire, discours centré sur le concret et sur le présent) pour Pierre Marty et l'institut psychosomatique de Paris. Malheureusement, les études menées par les divers courants psychosomatiques n'ont pas permis d'établir de façon indiscutable le rôle étiologique de certaines expériences infantiles (et de certaines structures de la personnalité). L'idée d'une vulnérabilité de certains individus due à un fonctionnement psychologique inadéquat a été reprise à l'aide de notions plus faciles à opérationnaliser mais plus limitées, comme celle d'« alexithymie » due à Sifnéos (1972) (Pédinielli, 1992).

L'approche épidémiologique consiste à rechercher ce qui différencie des groupes de sujets malades et sains (facteurs environnementaux, biographiques, psychosociaux...). Quelques études prospectives<sup>1</sup> très bien menées suggèrent l'existence de styles comportementaux à risques. Hélas, les études épidémiologiques, qui n'ont pas de modèles théoriques sous-jacents, procèdent empiriquement, par tâtonnements, et aboutissent ainsi le plus souvent à des listes de caractéristiques disparates.

La psychologie de la santé a conservé les variables les plus heuristiques de ces différentes approches en les intégrant dans un modèle systémique, multifactoriel et transactionnel qui permet de prendre en compte des variables étudiées jusque-là de manière séparée (Bruchon-Schweitzer et Dantzer) [4]. Elle prend ainsi en compte le rôle des déterminants classiques de la maladie en s'intéressant aux caractéristiques psychologiques, sociobiographiques et biomédicales du sujet (antécédents) et aux événements de vie aversifs (déclencheurs). Ces différentes variables (déclencheurs et antécédents) constituent les « prédictors » de l'état de santé ou de maladie ultérieure qui représentent les « critères » d'ajustement ou de non-ajustement (Fig. 1). L'application de ce modèle implique donc une dimension temporelle puisque les prédictors sont les caractéristiques de l'individu et de son environnement, antérieures à l'apparition de la maladie, tandis que les critères correspondent à l'évolution ultérieure de

la pathologie, dans ses aspects somatiques, comportementaux, émotionnels et cognitifs.

L'originalité de ce modèle, qui repose sur une conception transactionnelle du stress, réside dans la prise en compte de l'interaction entre l'individu et son environnement : le sujet ne subit pas passivement la situation aversive mais adopte, pour faire face à celle-ci, diverses stratégies perceptivo-cognitives, affectives, comportementales et psychosociales. Ces stratégies, développées en réponse à une situation stressante, peuvent modifier l'impact des antécédents et des déclencheurs et ralentir ou accélérer l'évolution du processus pathogène. C'est pourquoi la psychologie de la santé étudie le rôle médiateur ou modérateur de ces transactions (stress perçu, contrôle perçu, soutien social, coping...), susceptibles de moduler l'apparition ou l'évolution d'une maladie. Ce modèle est suffisamment flexible pour s'adapter à la prédiction de critères de nature très différente tels que le *burnout* (épuisement professionnel), le retour à l'emploi, les performances scolaires et professionnelles, la dépression, les résultats d'une prise en charge...

### 3. Quelques concepts en psychologie de la santé

#### 3.1. Quelques exemples de variables prédictrices (antécédents)

##### 3.1.1. Les facteurs environnementaux : événements de vie stressants et isolement social

Parmi les facteurs environnementaux, les événements de vie stressants et l'isolement social semblent particulièrement fragilisants.

On a d'abord supposé que c'était l'importance des événements de vie stressants vécus par une personne qui pouvait affecter sa santé (Quintard, 1994). En fait la relation entre événements de vie aversifs et mortalité ou morbidité s'est avérée assez modeste, même pour des événements de vie majeurs comme le décès d'un être cher. Les événements de vie stressants ne déclencheraient pas la pathologie mais pourraient aggraver une maladie déjà existante. C'est le retentissement et la signification d'un événement propre à chaque personne (stress perçu), bien plus que les caractéristiques objectives de cet événement, qui se sont avérés pertinents pour prédire l'état de santé ultérieur. Le stress professionnel perçu, par exemple, peut induire certaines pathologies infectieuses ou cardio-vasculaires et des complications après un accouchement (Adler et Matthews, 1994 ; Bruchon-Schweitzer *et al.*, 1997).

Le réseau social correspond à l'ensemble des personnes avec lesquelles l'individu est en relation et aux caractéristiques objectives des contacts sociaux (nombre, durée, fréquence...). Lorsqu'il est important, il protège la personne. À l'inverse, l'isolement social est lié au risque de développer une maladie, mais cette relation est cependant modérée. Comme pour les événements de vie, c'est davantage la façon

<sup>1</sup> Les études prospectives consistent à évaluer de façon très complète une « cohorte » de sujets sains, puis à les suivre pendant de nombreuses années pour rechercher, à la fin du suivi, quelles étaient les différences initiales entre ceux qui sont devenus malades et ceux qui sont restés en bonne santé.

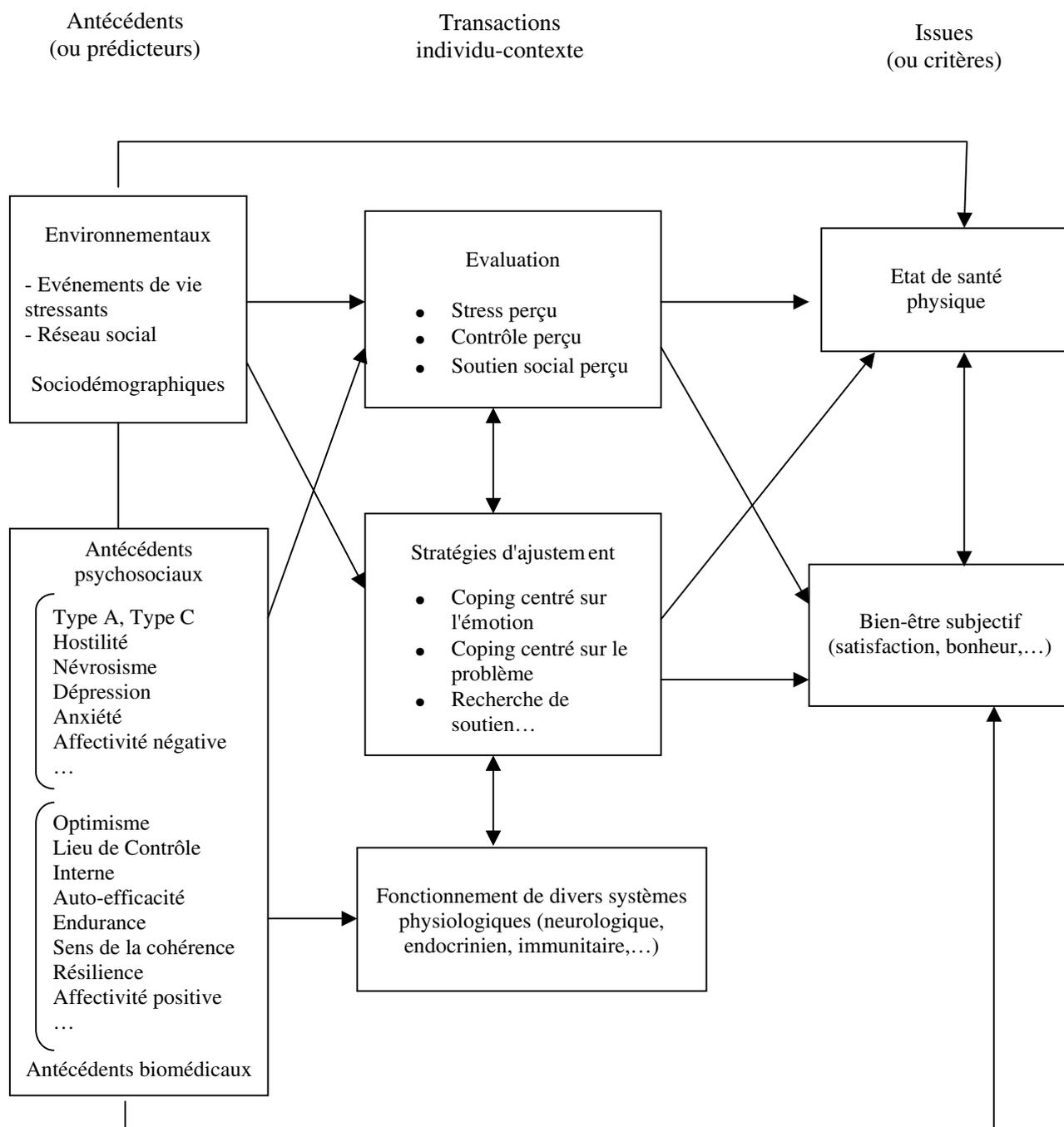


Fig. 1. Un modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, in Fisher) [3].

dont l'individu perçoit et évalue l'aide reçue (soutien social perçu) que le réseau social considéré objectivement qui s'avère pertinent (Rasclé, 1994). Ainsi, le soutien social perçu prédit une durée de survie plus longue dans un groupe de femmes atteintes d'un cancer du sein (Ell *et al.*, 1992).

D'après les recherches menées par notre équipe, l'impact des facteurs environnementaux sur la santé s'avère finalement assez faible : ils « expliquent » entre 7 et 12 % de la variance de la santé somatique. Leurs effets sont en outre

indirects plutôt que directs. C'est pourquoi la psychologie de la santé s'intéresse davantage à la manière dont la personne perçoit et évalue les caractéristiques objectives de l'environnement qu'à ces caractéristiques elles-mêmes. En effet, un même événement n'a pas le même impact chez tous les individus. Il est donc important de 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).

### 3.1.2. Les facteurs personnels de vulnérabilité et de protection

Parmi les facteurs personnels, on peut distinguer les styles de vie à risque, les traits de personnalité pathogènes et protecteurs.

Les relations entre les types A et C et le développement de diverses pathologies ont été largement étudiées. Le type A, qui prédisposerait aux maladies cardio-vasculaires, correspond à un style comportemental caractérisé par de l'impatience, de l'hostilité, de la compétitivité, une vigueur des gestes et de la voix... Le type C, identifié comme la « personnalité des patients cancéreux », se caractérise par une difficulté à identifier et à verbaliser les affects négatifs, associée à des cognitions dépressives sous-jacentes. Selon Bruchon-Schweitzer, ces types ne doivent plus être considérés comme des caractéristiques dispositionnelles stables et il faut envisager leur relation avec le risque de développer une pathologie dans une perspective transactionnelle : les sujets de type A auraient un style particulier d'interaction avec autrui dans des situations perçues comme des défis qui fragiliserait leur système cardio-vasculaire tandis que les sujets de type C auraient recours à un style particulier d'interaction face à certains événements aversifs de la vie vécus comme des pertes.

Actuellement, on s'intéresse davantage à l'impact positif ou négatif de certaines dimensions plus simples de la personnalité. Ainsi, l'hostilité, le névrosisme, la dépression et l'anxiété seraient significativement associés au risque de développer certaines maladies (Friedman et Booth-Kewley, 1987). L'hostilité comportementale, l'hostilité cynique et la colère rentrée seraient plus particulièrement associées aux maladies cardio-vasculaires. Le névrosisme, qui correspond à un ensemble d'affects négatifs (irritabilité, détresse, anxiété...), semble davantage lié à la détresse qu'à la maladie elle-même (Stone et Costa, 1990). La dépression est fréquente chez les patients présentant une pathologie organique mais elle semble être davantage un effet de la maladie qu'une cause. L'anxiété-trait semble impliquée dans diverses pathologies (hypertension, asthme, ulcères...).

Parallèlement à ces facteurs de vulnérabilité, on s'intéresse aujourd'hui aux traits de personnalité exerçant un rôle protecteur par rapport à la santé. Ainsi, le lieu de contrôle interne, l'optimisme (tendance généralisée à anticiper une issue favorable aux événements et à avoir une perception positive de soi et du monde), l'auto-efficacité (croyance en sa capacité à mobiliser les ressources nécessaires pour maîtriser une situation) sont fréquemment associés à une bonne santé physique et émotionnelle et/ou des styles de vie sains. Le sens de la cohérence (percevoir les événements extérieurs et sa propre vie comme compréhensibles, maîtrisables et ayant une signification) et l'endurance (implication dans les activités, goût des défis et des opportunités et tendance à expliquer ce qui nous arrive en termes de responsabilité personnelle) semblent avoir des effets indirects sur la santé en atténuant l'impact des événements stressants sur la santé. Dans le modèle de la personnalité en cinq facteurs (Big Five), ce sont

les facteurs C (Conscience), A (Agréabilité) et E (Extraversion) qui seraient liés à la santé physique et émotionnelle (Bermudez, 1999).

Si les traits de personnalité présentent un lien modeste mais consistant avec la santé, ils ne rendent pas compte des réactions de l'individu face à une situation stressante. Or les transactions entre la personne et son environnement peuvent moduler la relation entre les antécédents (sociobiographiques, psychologiques et environnementaux) et l'issue du processus morbide.

### 3.2. Les processus transactionnels

D'après le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman [10], l'effet d'un événement stressant sur les réponses d'un individu se déroule de façon séquentielle, selon plusieurs étapes : étapes d'évaluation (primaire et secondaire) et élaboration d'une ou plusieurs stratégies de coping.

#### 3.2.1. Les processus perceptivo-cognitifs et la phase d'évaluation

Lors de la première étape d'évaluation (évaluation primaire), l'individu évalue les enjeux de la situation à laquelle il est confronté en termes de menace, de perte ou de défi. Le stress perçu correspond à une façon négative de percevoir les situations de la vie. Il est considéré comme un processus relativement dysfonctionnel. Comme nous l'avons évoqué plus haut, le stress perçu se révèle plus prédictif de l'état ultérieur de la personne que le stress réel. La Fig. 2<sup>2</sup> montre, par exemple, que dans une population de médecins généralistes, c'est le stress perçu, et non la charge de travail, qui prédit l'épuisement professionnel (Koleck *et al.*) [8].

Dans une deuxième étape (évaluation secondaire), l'individu dresse l'inventaire des ressources personnelles (contrôle perçu) et sociales (soutien social perçu) dont il dispose pour faire face à l'événement auquel il est confronté. Le contrôle perçu, qui correspond à l'évaluation par la personne de ses ressources personnelles et de sa capacité à contrôler la situation à laquelle elle est confrontée, est généralement protecteur pour la santé. À l'inverse, un sentiment de perte de contrôle s'avère nocif. Le soutien social perçu désigne le sentiment éprouvé par une personne sur la possibilité qu'elle a d'être aidée, protégée et valorisée par son entourage. Son effet sur la santé peut être direct ou indirect. La Fig. 3 présente, par exemple, les résultats d'une étude évaluant les effets sur divers critères d'une mutation professionnelle subie par 145 employés (Rasclé [13]) : le soutien social perçu accroît la satisfaction au travail et la performance (effet direct) et diminue le stress perçu (effet indirect).

<sup>2</sup> Deux stratégies de coping s'avèrent fonctionnelles : le coping centré sur le problème et la recherche de soutien social prédisent la satisfaction professionnelle et le sentiment d'accomplissement personnel. En revanche, le stress perçu se révèle être un processus nocif. Il induit l'épuisement professionnel, épuisement qui, à son tour, augmente l'insatisfaction professionnelle

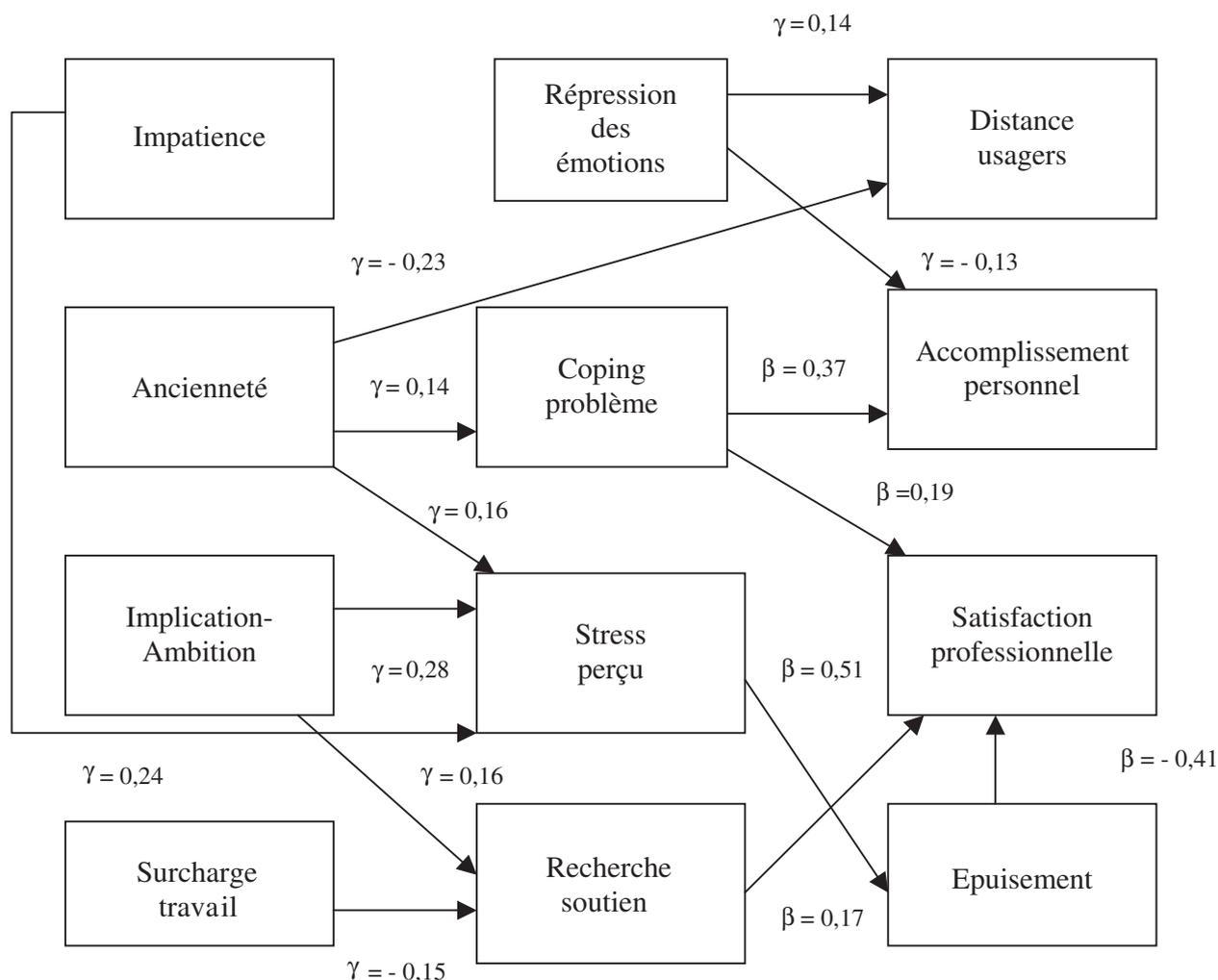


Fig. 2. Synthèse des résultats d'une analyse de pistes causales (LISREL 8) réalisée sur les réponses de 200 généralistes français (GFI = 0,96 ;  $\chi^2 = 61,25$  ; ddl = 68) ; Koleck et al. (2001).

### 3.2.2. Les stratégies de coping

Après avoir évalué la situation stressante et les ressources dont il dispose pour y faire face, l'individu élabore un ensemble de stratégies de « coping ». Ce terme désigne l'ensemble des processus cognitifs et comportementaux que la personne interpose entre elle et l'événement afin de maîtriser, réduire ou tolérer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique (Lazarus et Folkman) [10]. On distingue généralement le coping centré sur le problème (tentatives pour contrôler ou modifier la situation) et le coping centré sur l'émotion (tentatives pour contrôler ou modifier la tension émotionnelle induite par la situation). Ces stratégies peuvent être divisées en multiples facettes : non-expression des émotions, évitement, pensée magique, recherche d'informations... Le coping centré sur le problème semble le plus efficace à long terme et dans le cas d'événements contrôlables, tandis que le coping centré sur l'émotion serait le plus adapté à court terme et pour des événements incontrôlables

(Suls et Fletcher, 1985). Les Figs. 2 et 3<sup>3</sup> mettent en évidence l'effet protecteur des stratégies centrées sur le problème et l'effet nocif des stratégies centrées sur l'émotion. Bien que l'efficacité d'une stratégie dépende du critère utilisé (qualité de vie, critère somatique...), le coping centré sur l'émotion se révèle souvent dysfonctionnel chez les personnes présentant une pathologie telle qu'un cancer, une infection par le VIH, une lombalgie ou un traumatisme médullaire (Bruchon-Schweitzer et Quintard) [5].

Comme le souligne Bruchon-Schweitzer [3], les processus transactionnels (stress perçu, contrôle perçu, soutien

<sup>3</sup> Les stressés professionnels, le soutien social et le lieu de contrôle ont des effets directs sur l'ajustement à la mobilité professionnelle (satisfaction professionnelle, performance, absentéisme, anxiété-état). Le stress perçu médie la relation entre le soutien social et l'ajustement au changement. Le coping vigilant constitue un médiateur de la relation entre lieu de contrôle et absentéisme et le coping évitant un médiateur de la relation entre soutien social et ajustement émotionnel.

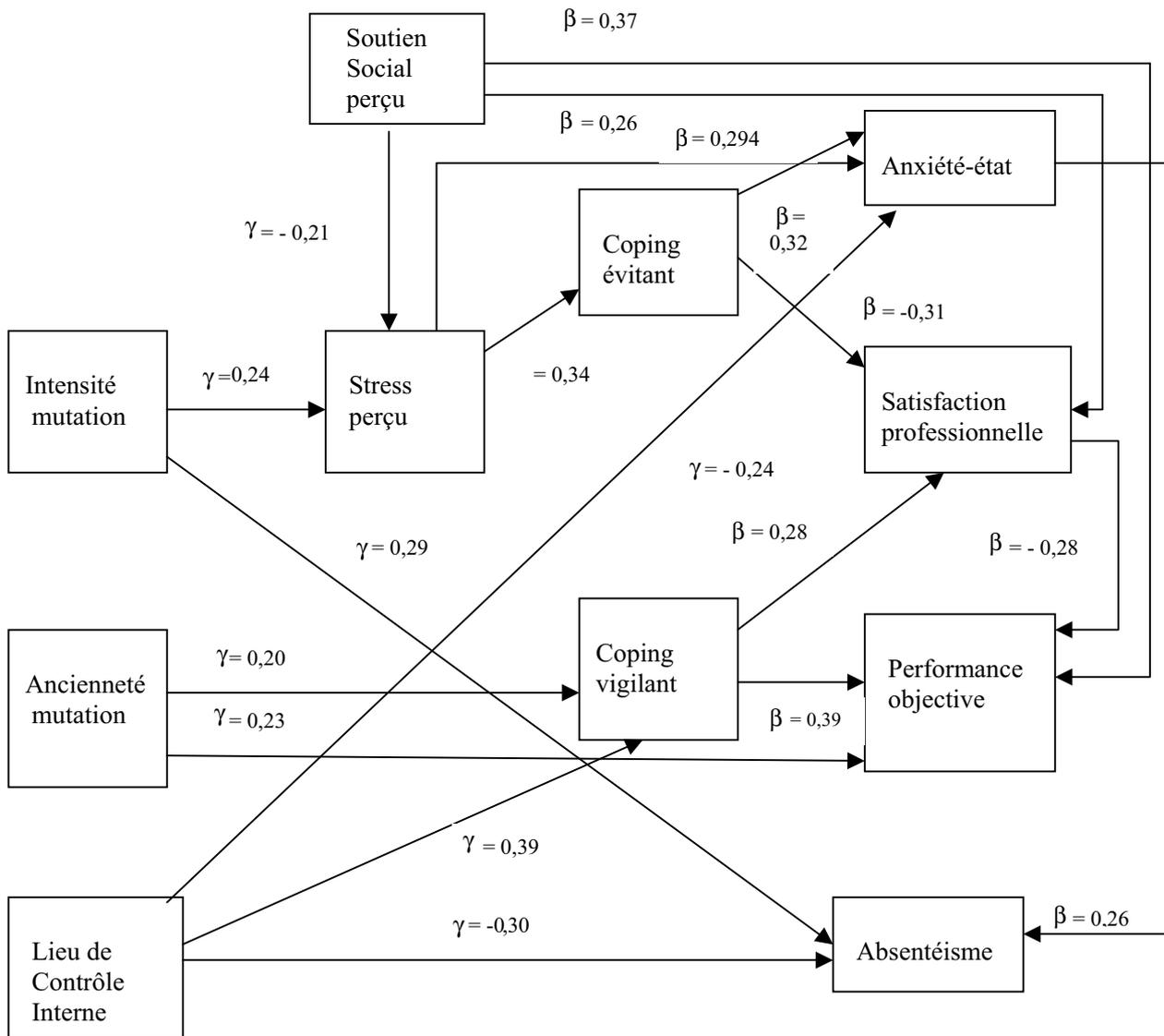


Fig. 3. Synthèse des résultats d’une analyse de pistes causales réalisée (LISREL 7) sur les réponses de 145 employés ayant subi une mutation professionnelle (GFI = 0,917 ; RMR = 0,074) ; Rascle [13].

social perçu et stratégies de coping) que nous venons de présenter prédisent à eux seuls environ 10 % de l’état somatique et jusqu’à 40 % de l’état émotionnel ultérieurs. Ils constituent donc les médiateurs essentiels de la relation entre les antécédents (sociobiographiques, psychologiques et environnementaux) et les critères (santé physique et psychologique). Il est important de parvenir à cerner le rôle de ces processus transactionnels dans l’évolution de diverses pathologies. En effet, si l’on peut difficilement agir sur l’ensemble des variables antécédentes que nous avons citées, il est possible d’intervenir de manière efficace sur ces processus par l’intermédiaire de prises en charge adaptées visant à renforcer les stratégies efficaces et réduire l’utilisation de stratégies dysfonctionnelles. La psychologie de la santé a, jusqu’à présent, consacré ses recherches aux maladies organiques. Ses modèles peuvent renouveler considérablement l’approche de la pathologie mentale (souvent intriquée aux affec-

tions médicales) par sa rigueur et son approche scientifique (*i.e.* avec ses hypothèses réfutables dans une perspective popperienne et soumises à validation).

**Annexe**

**ML Bourgeois**

Avant de présenter ce travail du Laboratoire de Psychologie de la santé, je veux rendre hommage à Pierre Léo, et au regretté Jacques Faure, professeur de Médecine Expérimentale à Bordeaux. Ses cours étaient un modèle de clarté pédagogique, d’élaboration et de précision. Il avait fait un long séjour à Montréal et ramené des Amériques deux innovations majeures en Médecine : la physiologie du sommeil (il a décrit

les « phases rhomboïdales du sommeil en phase paradoxale' ») et le modèle de Selye du Stress et du Syndrome Général d'adaptation. C'était une avancée conceptuelle majeure très séduisante. Je regrette beaucoup maintenant de ne pas avoir accepté son invitation à venir travailler dans son laboratoire. D'autres ont accepté : il a eu pour élèves Jean-Didier Vincent, Bernard Favarel-Garrigues, Jacques Paty, Bernard Bioulac, Jean-François Bargues, Bensch, Rozier, etc.

NB : La Psychologie de la santé a été présentée dans deux mémoires des *Annales médico-psychologiques* en 1995 : l'un par Isabelle Paulhan et Bruno Quintard, de l'équipe de Marilou Bruchon-Schweitzer, et l'autre, une approche critique et comparative de la psychologie de la santé, la psychologie médicale, la psychiatrie de liaison, la psychosomatique et la psychopathologie proprement dite. Les trois livres publiés par l'équipe de Bordeaux (M. Bruchon-Schweitzer, R. Dantzer et B. Quintard) sont analysés dans ce même numéro des *Annales médico-psychologiques*.

## Références

- [1] Bourgeois ML. Psychologie de la santé, psychologie médicale, psychosomatique et psychiatrie de liaison. *Ann Méd Psychol* 1994;152: 674-81.
- [2] Bourgeois ML. Coping et défense dans l'adaptation. Paris : Masson, 1996.
- [3] Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la Santé. Modèles, concepts et méthodes. Paris : Dunod, 2002.
- [4] Bruchon-Schweitzer M, Dantzer R. Introduction à la Psychologie de la Santé, Paris : PUF (ouvrage collectif), 1994.
- [5] Bruchon-Schweitzer M, Quintard B. Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement. Paris : Dunod (ouvrage collectif), 2001.
- [6] Dantzer R. L'illusion psychosomatique. Paris : Odile Jacob, 1989.
- [7] Fisher GN. Traité de Psychologie de la santé. Paris : Dunod (ouvrage collectif), 2002.
- [8] Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Thiebaut E, Dumartin N, Sifakis Y. Stress, coping, and burnout among French general practitioners. *European Review of Applied Psychology* 2000;50:309-14.
- [9] Lazarus S. Emotion and adaptation, Oxford University Press, 1991.
- [10] Lazarus S, Folkman S. Stress, appraisal and coping, New York, Springer, 1984.
- [11] Paulhan I, Quintard B. La psychologie de la santé. *Ann Méd Psychol* 1994;152:665-73.
- [12] Paulhan I, Bourgeois ML. La psychologie de la santé : une nouvelle approche dans la compréhension de la santé et de la maladie, Stress et coping, Paris : PUF, 1995.
- [13] Rasclé N. Testing the mediating role of appraisal stress and coping strategies on employee adjustment in a context of job mobility. *European Review of Applied Psychology* 2000;50:301-7.

## Discussion

*Pr Loas* – Il faut souligner l'intérêt au sein de la psychologie de la santé d'utiliser certaines dimensions de la psychopathologie qui peuvent ou pourraient constituer des facteurs de protection vis-à-vis de pathologies mentales ou organiques.

*Dr Verdeau-Paillès* – J'ai été très touchée par l'évocation par le Pr Bourgeois des travaux de notre ami le Pr Jacques Faure. J'ai participé à ses études électroencéphalographiques de l'émotion chez des patients délirants, aux travaux sur des rapports entre les perturbations émotionnelles et l'activité hallucinatoire. Par la suite, des travaux de ce type ont été menés par le Pr Paty, concernant l'étude de l'efficacité de certaines thérapeutiques – psychothérapies médiatisées par exemple – par l'intermédiaire des modifications de l'émotivité, avec l'aide d'enregistrements électroencéphalographiques.