

CONCEPTS, STRESS, COPING

Marilou BRUCHON-SCHWEITZER
Professeur de Psychologie
Université Victor Segalen Bordeaux 2

LE COPING ET LES STRATÉGIES D'AJUSTEMENT FACE AU STRESS

INTRODUCTION

Nous sommes constamment confrontés à des situations et événements qui suscitent en nous diverses émotions désagréables (colère, peur, anxiété, tristesse,...). Ces situations peuvent être banales et quotidiennes (conflits familiaux, surcharge de travail, problèmes d'argent,...) ou ponctuelles et sérieuses (maladie grave, décès d'un proche, accident,...). C'est lorsque ces diverses expériences sont perçues par l'individu comme menaçantes pour son intégrité physique et psychique qu'on peut parler de stress.

Le stress est une «**transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien être**» (LAZARUS et FOLKMAN, 1984b, p. 19). Ainsi, les événements de la vie n'ont pas tous le même impact sur tous les individus. Ce n'est pas leur intensité, leur fréquence ni leur gravité «objectives» qui sont stressantes en soi, mais leur retentissement émotionnel et leur signification pour un individu particulier. Ainsi la notion de **stress perçu** a-t-elle détrôné peu à peu celle d'événement de vie stressant (AMIEL-LEBIGRE, 1996 ; COHEN et WILLIAMSON, 1988). La clarification de la notion de stress grâce à l'approche transactionnelle de LAZARUS et FOLKMAN (1984b) a été une étape préalable indispensable pour élucider d'autres concepts comme ceux d'évaluation et de coping.

L'individu ne subit pas passivement les événements de vie aigus et chroniques. Il essaye de «faire face» (to cope). On parle de coping pour désigner les réponses, réactions, que l'individu va élaborer pour maîtriser,

réduire ou simplement tolérer la situation aversive. Ce terme, d'abord traduit par «stratégie d'ajustement» est admis dans le vocabulaire français depuis 1999. Le **coping** peut prendre des formes très diverses. Il peut s'agir de **cognitions** (évaluation de la situation stressante, évaluation de ses ressources, recherche d'informations,...), d'**affects** (expression ou au contraire répression de la peur, de la colère, de la détresse,...) et de **comportements** (résolution du problème, recherche d'aide,...). Ainsi, par exemple, à l'annonce de résultats positifs suite à la biopsie d'une tumeur du sein une patiente peut élaborer certaines pensées (par exemple distordre la réalité et prétendre que ce n'est qu'un kyste «bénin»), évacuer ses émotions (exprimer la détresse ou sa colère,...), essayer d'agir (s'informer, consulter d'autres spécialistes,...). Tout ceci permet au sujet confronté à l'adversité de tenter de transformer la situation et/ou de se modifier lui-même pour la rendre plus tolérable.

Le coping est un concept récent, apparu pour la première fois dans un ouvrage de Richard LAZARUS, «Psychological Stress and Coping Process» (1966), où il désigne un ensemble de réactions et de stratégies élaborées par les individus pour faire face à des situations stressantes. Pour LAZARUS le stress n'est pas simplement une propriété des événements «objectifs», mais **l'expérience de chaque individu** vis-à-vis de ces événements (perception de la situation, signification des événements, savoirs et croyances concernant les stratégies de faire face et leur efficacité,...). Le concept de coping est extrêmement populaire depuis les années 75 dans les pays anglo-saxons et a donné lieu à plusieurs centaines de travaux scientifiques et de tentatives d'application. Il commence seulement à être popularisé en

Mots clés : coping - définition - approches - stratégies - déterminants

LE COPING ET LES STRATÉGIES D'AJUSTEMENT FACE AU STRESS

France depuis les années 90 (PAULHAN, 1992 ; 1994 ; COUSSON-GÉLIE et al., 1996 ; DUPAIN, 1998).

Nous allons tenter ici de synthétiser une très abondante littérature (environ 2400 titres cités par ZEIDNER et ENDLER, 1996) en retraçant l'évolution de cette notion, proche tout d'abord de celles de **mécanisme de défense** et de celle d'**adaptation**. Nous présenterons ensuite la conception **transactionnelle** de LAZARUS de FOLKMAN (1984b) et examinerons quelques **antécédents situationnels et dispositionnels** du coping. Nous décrirons ensuite la **classification** des stratégies de coping, par les divers auteurs et quelques **instruments d'évaluation** illustrant les diverses conceptions. Enfin, nous mettrons en perspective l'**efficacité** relative des diverses stratégies de coping en comparant leurs effets sur divers critères adaptatifs (santé émotionnelle et somatique, notamment).

I- L'ÉVOLUTION DE LA NOTION DE COPING

Historiquement, la notion de coping est affiliée à celle de **mécanisme de défense**, développée depuis la fin du 19^e siècle par la psychanalyse et à celle d'**adaptation**, développée depuis la deuxième moitié du 19^e siècle et commune à la biologie, à l'éthologie et à la psychologie animale (et à la perspective évolutionniste de DARWIN en particulier).

1- Coping et défense

Le concept de **défense** date de la fin du 19^e siècle. Il est étroitement associé au développement de la psychanalyse, de la psychologie dynamique et de l'ego psychology. BREUER et FREUD observent que des idées désagréables et perturbantes sont parfois inaccessibles à la conscience. Dans les premiers textes de FREUD sont décrits les divers mécanismes défensifs utilisés par les individus pour détourner, déformer ou déguiser des affects et pensées inacceptables. Puis le concept de défense évoluera et celui de « **répression** » jouera un rôle grandissant. Dans un texte de FREUD de 1926 (« Inhibition, symptôme et angoisse »), le terme de défense est utilisé dans un sens général pour désigner la lutte du moi contre les idées et affects intolérables, la répression apparais-

sant comme l'un des mécanismes de défense essentiels.

Certaines idées de S. FREUD (et d'A. FREUD) auront un large écho en sciences sociales, bien au-delà de la psychanalyse. On peut les résumer ainsi : chaque individu utilise un répertoire relativement restreint de mécanismes de défense ; un style défensif particulier peut être associé à une pathologie particulière ; certains mécanismes de défense sont fonctionnels, d'autres sont « dysfonctionnels » (PERRY et COOPER, 1989) ; certains de ces mécanismes sont « immatures » (projection, hypocondrie,...), d'autres sont « névrotiques » (intellectualisation, répression, formation réactionnelle) d'autres enfin sont « matures » (sublimation, humour, suppression). Quelques travaux empiriques semblent valider cette hiérarchie, les individus utilisant des défenses élaborées ayant une meilleure santé mentale (voir par exemple VAILLANT et al., 1986). Les processus de coping seraient subordonnés aux mécanismes de défense, plus archaïques (VAILLANT, 1977).

A partir des années 60-70, les recherches consacrées aux mécanismes de défense commencèrent à utiliser le terme de « coping » (terme qui fut répertorié pour la première fois dans les mots-clé de « Psychological Abstracts » en 1967), pour désigner les mécanismes de défense les plus « adaptés » (sublimation, humour). Il est intéressant de noter que les premiers travaux consacrés au coping se situent dans la lignée de ceux consacrés aux mécanismes de défense. GREER et ses collègues (1979), par exemple, décrivent quatre types d'attitudes chez des patientes atteintes d'un cancer du sein : déni, esprit combatif, stoïcisme et impuissance-désespoir. La technique utilisée (entretiens cliniques) et ces dénominations marquent la transition entre les mécanismes de défense classiques et les stratégies de coping, notions alors en émergence.

De 1960 à 1980, il y eut encore des confusions entre coping et défense (dans un sens comme dans l'autre) et quelques tentatives de clarification furent publiées (dont celle de HAAN, 1977). On pourrait tenter de résumer les différences entre mécanisme de défense et stratégie de coping de la façon suivante. **Un mécanisme de défense est rigide, inconscient, indifférencié irrésistible, lié à des conflits intra-psychiques et à des événements de vie anciens, il distord généralement la réalité.** Sa fonction est de maintenir l'angoisse à un niveau tolérable.

Une stratégie de coping est flexible, consciente, différenciée (spécifique par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre individu et environnement), elle est orientée vers la réalité (interne ou externe). Sa fonction est de permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou supporter les perturbations induites par cet événement (ou par cette situation). Les stratégies de coping se différencient peu à peu des mécanismes de défense, notamment parce que ce sont des tentatives **conscientes** (volontaires) pour affronter des problèmes **actuels** (ou récents).

2- Coping et adaptation

Le concept de coping prend aussi sa source dans les théories relatives à l'adaptation et à l'évolution des espèces. L'individu disposerait d'un répertoire de réponses (innées et acquises) lui permettant de survivre face à diverses menaces vitales : attaquer (fight) ou fuir (fly), notamment lorsqu'il est confronté à un adversaire ou à une situation dangereuse¹. Le coping et le stress sont considérés par certains auteurs comme faisant partie intégrante des processus d'adaptation aux difficultés de la vie.

Selon LAZARUS et FOLKMAN (1984a, pp 283-284), il convient de distinguer nettement **coping** et **adaptation**. L'adaptation est un concept extrêmement **large**, qui inclut toute la psychologie, voire même la biologie. L'adaptation inclut tous les modes de réaction des organismes vivants interagissant avec les conditions changeantes de l'environnement (soit, chez l'homme, la perception, l'émotion, la motivation, l'apprentissage, etc...). En revanche, le coping est un concept beaucoup plus **spécifique**. S'il inclut aussi diverses réponses d'ajustement chez les individus, il ne concerne que les **réactions à des variations de l'environnement évaluées comme menaçantes (ou stressantes)**. De plus, l'adaptation implique des réactions d'ajustement répétitives et automatiques, alors que le coping comprend des efforts cognitifs et comportementaux conscients, changeants, spécifiques et parfois nouveaux pour l'individu et pour l'espèce. Enfin la notion d'ajustement, flexible,

est préférée à celle d'adaptation, notion jugée trop normative et finaliste.

II- L'APPROCHE TRANSACTIONNELLE DU STRESS ET DU COPING

L'approche transactionnelle du coping se distingue des modèles précédents relatifs aux mécanismes de défense et aux processus d'adaptation. Selon elle, il n'y a pas de stratégie efficace ou inefficace **en soi**, indépendamment des caractéristiques de la situation à affronter. L'efficacité d'une stratégie dépend aussi des **critères** choisis (équilibre émotionnel, bien-être, qualité de vie, santé physique,...), une stratégie pouvant par exemple protéger l'individu contre l'affectivité négative tout en nuisant à sa santé (alcoolisme, tabagisme,...).

1- Définition

LAZARUS et FOLKMAN (1984b, p. 141) définissent le coping comme « **l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources** » Il s'agit bien ici d'une conception transactionnelle du stress et du coping qui ne sont ni des caractéristiques de la situation, ni des caractéristiques des individus, mais des **processus** impliquant des **actions réciproques entre sujet et environnement** (l'individu pouvant modifier - et être modifié par - la situation). Il s'agit de stratégies élaborées pour tenter de maîtriser les situations aversives et/ou pour réduire la détresse induite par ces situations.

Cette définition souligne bien que le coping est un processus (constamment changeant et spécifique) et non une caractéristique générale et stable². Elle permet de ne pas confondre les stratégies de coping (tout ce que

1 Selon cette perspective phylogénétique, certains comportements qui contribuent à la survie d'un organisme face à divers dangers sont appris par l'individu, puis acquis par l'espèce. Les individus seraient mûs par des besoins fondamentaux (drive) qui sous-tendraient l'activation des divers systèmes neuro-physiologiques et comportementaux leur permettant de fuir d'une part ou d'attaquer, d'autre part.

2 Une patient hospitalisé pour une maladie grave doit faire face à des stressors différents : douleur, hospitalisation et traitement, séparation avec ses proches, maintien de l'équilibre émotionnel et l'estime de soi, problèmes professionnels et financiers,... Ces problèmes multiples nécessitent l'élaboration de stratégies très diverses qui ne peuvent être réduites à quelques caractéristiques dispositionnelles générales (PAULHAN, 1994, p 103).

LE COPING ET LES STRATÉGIES D'AJUSTEMENT FACE AU STRESS

l'individu pense et fait face à la situation) avec leurs **effets** (réussite ou échec). Ainsi on ne peut considérer a priori une stratégie de coping comme adaptée ou inadaptée, une stratégie pouvant être efficace dans certaines situations et inefficace dans d'autres.

2- La phase d'évaluation

Le coping est donc un processus durable et changeant qui ne peut être réduit à un phénomène linéaire du type stimulus-réponse. Il est constitué en effet d'efforts cognitifs et comportementaux variant constamment en fonction des **évaluations incessantes** par le sujet de sa relation à son environnement. L'évaluation est un processus cognitif continu par lequel le sujet évalue la situation stressante (évaluation primaire) et ses ressources pour y faire face (évaluation secondaire). Toute modification de la relation entre individu et environnement pourra donner lieu à des réévaluations de la situation et des ressources disponibles.

a) L'évaluation primaire

C'est l'évaluation de la situation aversive. L'individu se demande quelle est la nature et le sens de la situation et quel impact elle peut avoir sur lui. De sa façon d'évaluer la situation dépendront des cognitions et émotions particulières. Un même événement peut par exemple être évalué par certains comme une **perte** (affective, matérielle, corporelle,...) et s'accompagner de tristesse, de honte ou de colère. Il peut être évalué comme une **menace** (perte potentielle) et s'accompagner d'anxiété et de peur. Il peut enfin être perçu comme un **défi** (un challenge) et s'accompagner d'excitation, de fierté et de joie.

b) L'évaluation secondaire

Le sujet se demande ce qu'il peut faire pour faire face à cette situation, de quelles **ressources** et de quelles réponses il dispose, et quelle sera l'efficacité de ses tentatives. De très nombreuses options peuvent être ainsi envisagées, comparées et sélectionnées (rechercher des informations, faire un plan d'action, demander de l'aide ou des conseils, exprimer ses émotions, éviter le problème, se distraire, minimiser la situation,...). En principe, le sujet pensant disposer de ressources suffisantes pour contrôler la situation utilisera des stratégies visant à affronter celle-ci. Le sujet

croquant ne pas pouvoir la maîtriser tentera de se modifier lui-même pour mieux la supporter.

3- Les stratégies de coping

Selon LAZARUS et ses collègues, le coping a deux **fonctions** principales : il peut permettre de **modifier le problème** qui est à l'origine du stress, il peut permettre de **réguler les réponses émotionnelles** associées à ce problème (LAZARUS et FOLKMAN, 1984b ; LAZARUS et LAUNIER, 1978).

a) Le coping centré sur le problème

Cette stratégie vise à **réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face**. La vie quotidienne fournit de nombreux exemples de ce type de coping, comme : négocier un délai pour payer ses factures, rechercher un emploi mieux rétribué, consulter un médecin, augmenter ses connaissances dans certains domaines, construire un planning, rechercher des informations,...

A l'origine, LAZARUS et FOLKMAN (1984b) ont appliqué une échelle de 67 items, la WCC (Ways of Coping Checklist), à 100 adultes qui devaient y répondre chaque mois pendant un an, en pensant à un événement récent qui les avait perturbés et à la façon dont ils avaient réagi. Ils obtiennent, en regroupant ces réponses par des analyses factorielles, huit petits facteurs se regroupant en deux stratégies générales, le **coping centré sur le problème** et le **coping centré sur l'émotion**. Le coping centré sur le problème comprend deux facteurs plus petits, la résolution du problème (recherche d'informations, élaboration de plans d'action) et l'affrontement de la situation (efforts et actions directs pour modifier le problème).

b) Le coping centré sur l'émotion

Il vise à **gérer les réponses émotionnelles induites par la situation**. La régulation des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale). Il existe beaucoup de réponses appartenant à cette catégorie : consommer des substances (alcool, tabac, drogues), s'engager dans diverses activités distrayantes (exercice physique, lecture, télévision,...), se sentir responsable (auto-accusation), exprimer ses émotions (colère, anxiété,...). Une

modalité cognitive de ce coping consiste à transformer la signification de la situation par exemple, en modérant sa gravité (minimisation), une autre à nier la réalité (pensée magique, déni). La chanson « tout va très bien, madame la marquise » illustre très bien la stratégie de minimisation de la menace.

On peut utiliser à la fois à un coping centré sur le problème et centré sur l'émotion face au même événement. Un automobiliste victime d'un accident de la circulation peut avoir envie de frapper ou d'insulter son adversaire, puis se dire que cela n'arrangera pas la situation et se mettre à constater les dégâts et à rédiger une déclaration d'accident.

En regroupant les réponses de 100 adultes aux 67 items de la WCC, recueillies chaque mois pendant un an, LAZARUS et FOLKMAN (1984b) avaient obtenu de petits facteurs se rattachant au coping centré sur l'émotion :

- minimisation de la menace, prise de distance (j'ai fait comme si rien ne s'était passé, je me suis dit que ce n'était pas si grave,...) ;
- réévaluation positive (je suis sorti plus fort de cette épreuve,...) ;
- l'auto-accusation (j'ai compris que c'était moi qui avais créé le problème) ;
- l'évitement-fuite (j'ai essayé de me sentir mieux en buvant ou fumant ; j'ai essayé de tout oublier,...) ;
- la recherche de soutien émotionnel (j'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un).

III- LES DÉTERMINANTS DU COPING

Le modèle de LAZARUS et de ses collègues est tout à fait représentatif de l'approche transactionnelle du stress et du coping (LAZARUS et FOLKMAN, 1984b). Selon eux, le coping est un ensemble de réponses à des **situations stressantes spécifiques**. C'est un **processus dynamique** qui change en fonction des situations et en fonction de la façon dont l'individu les évalue. Pour certains auteurs les déterminants du coping sont **dispositionnels** (caractéristiques cognitives et conatives de l'individu) pour d'autres, le coping est déterminé par des caractéristiques **situationnelles** (nature du problème, contrôlabilité,...).

1- Les déterminants dispositionnels du coping

Selon divers auteurs, dont COSTA et al. (1996), les stratégies de coping ne sont pas spécifiques mais générales, car déterminées par certaines caractéristiques stables des individus (traits de personnalité) plutôt que par celles, variables, des situations. Il existerait des **styles de coping** propres à chaque individu, chacun mobilisant préférentiellement certaines stratégies plutôt que d'autres face à la variété des situations aversives de la vie. Il a été montré en effet que ce ne sont pas les caractéristiques « objectives » des événements qui affectent l'individu, mais la façon dont celui-ci les perçoit et les interprète, ou évaluation (COHEN et al., 1983).

Cette approche considère le coping comme un **processus adaptatif comme les autres**. Les stress et le coping seraient des phénomènes émotionnels, cognitifs et comportementaux induits par une grande variété de situations (de la résolution de problèmes à la gestion des émotions). Cette conception ouvre certaines voies de recherches transversales concernant la **généralité** et la **stabilité** des stratégies de coping (cohérence inter- et intra-individuelle, recherche de « styles » de coping trans-situationnels). L'**évaluation** (primaire et secondaire) serait influencée par les **antécédents** psychosociaux de l'individu, ces antécédents étant essentiellement de deux types, **cognitifs** et **conatifs**.

a) Les déterminants cognitifs de l'évaluation et du coping

Parmi les déterminants cognitifs de l'évaluation il y a les **croyances** (sur soi, le monde, ses ressources, ses capacités à résoudre les problèmes,...) et les **motivations** générales (valeurs, buts, intérêts,...). Un autre déterminant cognitif de l'évaluation et du coping est le **lieu de contrôle** (interne/externe). Les personnes croyant que ce qui leur arrive est déterminé par leurs capacités et leurs comportements (internalité) plutôt que par des causes externes, comme la chance, le hasard ou le destin (externalité) vont percevoir la situation comme contrôlable et leurs ressources comme adéquates. Elles vont donc élaborer davantage de stratégies centrées sur le problème que les personnes ayant un lieu de contrôle externe. Il y a beaucoup d'autres antécédents cognitifs de l'évaluation et du coping (auto-efficacité perçue, optimisme, impuissance apprise, attribution causale, etc...).

LE COPING ET LES STRATÉGIES D'AJUSTEMENT FACE AU STRESS

b) Les déterminants conatifs de l'évaluation et du coping

Certaines dispositions personnelles stables (traits de personnalité) pourraient déterminer, au moins en partie, les évaluations (primaire et secondaire) et les stratégies de coping élaborées face à une situation stressante. C'est le cas de l'**endurance** (hardiness), trait décrit par KOBASA et al. (1982) et qui consiste à la fois à s'impliquer dans les diverses activités quotidiennes (engagement) et à croire que l'on maîtrise les situations (contrôle perçu) et que les problèmes qui se présentent sont des défis à relever (plutôt que des menaces).

De nombreux autres traits de personnalité se sont avérés de bons prédicteurs des stratégies de coping. L'anxiété, le névrosisme, la dépression et l'hostilité prédisent des évaluations particulières (stress perçu élevé, faible auto-efficacité perçue) et des stratégies de coping centrées sur l'émotion. A contrario, la résilience, le sens de la cohérence, le fait d'être agréable (Agreeableness), le fait d'être consciencieux (conscientiousness) sont associés à des évaluations plus favorables et à davantage de stratégies centrées sur le problème. L'association entre personnalité et coping est très marquée (COSTA et al., 1996, p. 51). Ces auteurs sont convaincus que l'évaluation et le coping sont en partie déterminés par des caractéristiques psychosociales stables chez les individus et non par les caractéristiques fluctuantes des situations. Ceci expliquerait pourquoi les réponses de coping ont une certaine **consistance temporelle** d'une situation à l'autre (Mc CRAE, 1992 ; VOLLRATH et al., 1995).

2- Les déterminants situationnels et transactionnels du coping

Beaucoup d'auteurs pensent aujourd'hui que l'évaluation (primaire et secondaire) et le coping étant des processus transactionnels, ils dépendent à la fois des caractéristiques des individus et de celles des situations rencontrées. Ainsi, l'évaluation pourrait être influencée par diverses caractéristiques de l'environnement : nature de la menace, imminence, durée, ambiguïté, contrôlabilité du stresser, disponibilité et qualité du soutien social pouvant aider l'individu en cas de besoin. Ainsi les évaluations et stratégies de coping peuvent-elles

être déterminées, au moins en partie, par des variables situationnelles. **Face à un événement non contrôlable (objectivement et subjectivement), l'individu tentera plutôt de gérer ses problèmes émotionnels, alors que si la situation est contrôlable, il utilisera plutôt des stratégies centrées sur le problème.**

LAZARUS et LAUNIER (1978) avaient proposé de classer les événements non pas objectivement, mais selon l'évaluation (primaire) qu'en faisaient les individus. Or ils découvrirent qu'indépendamment de leurs propriétés intrinsèques, les événements pouvaient être perçus comme des **pertes**, des **menaces** ou des **défis** par des individus différents. Dans deux études différentes, Mc CRAE (1984) a montré en effet que c'est l'**évaluation primaire de la situation stressante qui détermine le choix d'une stratégie de coping**. Un événement vécu comme une perte induit plutôt l'expression émotionnelle et le fatalisme (résignation) ; s'il est perçu comme une menace, il provoque plutôt la minimisation du danger, la réévaluation positive, et la réactivation des croyances religieuses. Un événement évalué comme un défi peut susciter diverses stratégies : résolution de problème, pensée positive, humour,...

Ainsi des facteurs personnels et environnementaux (environnement réel ou perçu) contribuent à l'évaluation primaire et secondaire et à l'élaboration des stratégies de coping.

3- Les déterminants du coping, une synthèse

Ces différentes étapes et composantes du processus de coping sont schématisées à la Figure 1.

On voit clairement sur ce schéma apparaître diverses séquences du processus de coping qui se déroule généralement de gauche à droite : **antécédents** environnementaux et personnels, **évaluations** primaire et secondaire, **stratégies de coping** et **effets** de ces stratégies, avec des effets directs, indirects et des effets d'interaction entre les différentes variables. En fonction du résultat fonctionnel du coping (résolution ou nom du problème, régulation ou nom des émotions, il peut y avoir des rétroactions en boucle avec des réévaluations.)

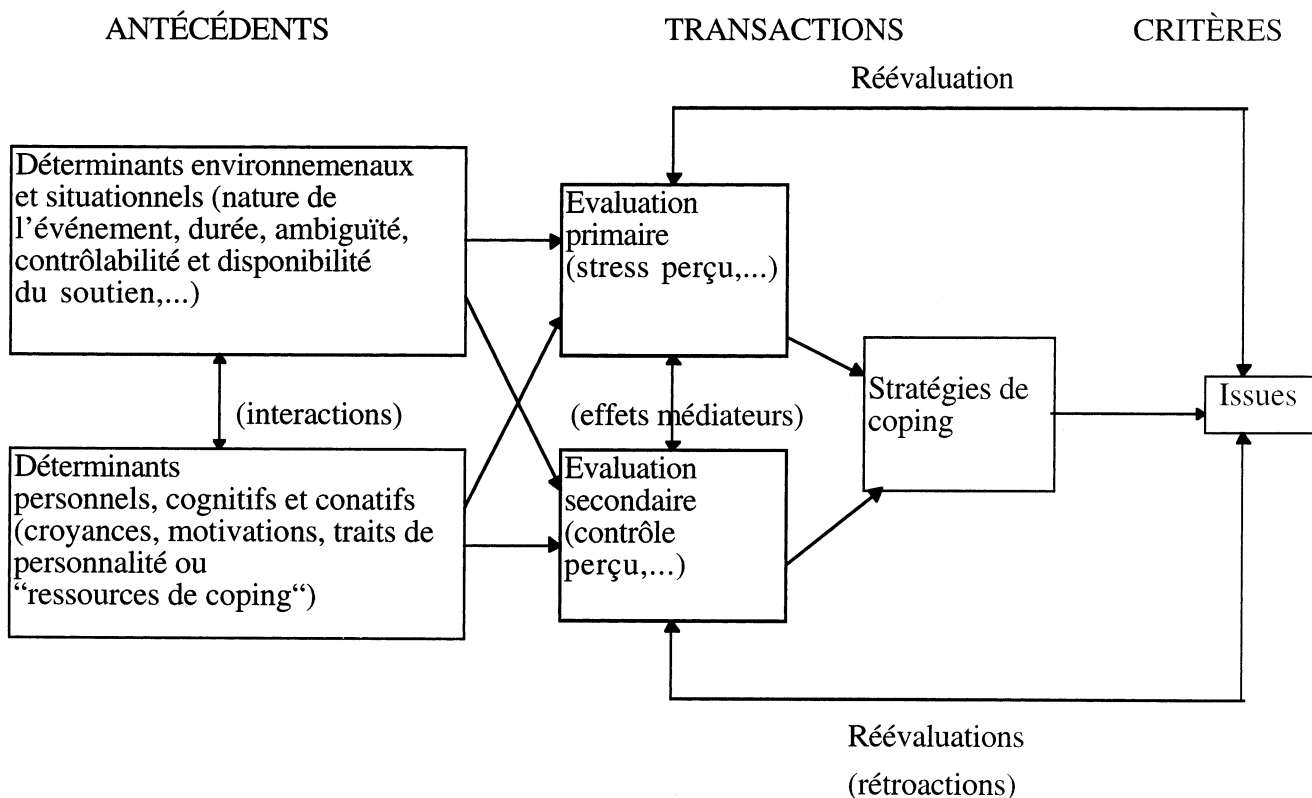


Figure 1 : Les étapes et les déterminants du processus de coping (effets principaux, effets interaction, effets médiateurs, rétro-actions).

IV- PROBLÈMES DE CLASSIFICATION DES STRATÉGIES DE COPING

La gamme de stratégies de coping utilisées pour faire face à des situations stressantes est extrêmement étendue. Dans un article de synthèse DE RIDDER (1997) dénombre de 2 à 28 dimensions dans des échelles de coping comprenant de 10 à 118 items. Ceci tient à de nombreux désaccords entre auteurs (conceptions, variété des situations stressantes prises en compte, diversité des démarches et des définitions). Il en résulte une prolifération de stratégies de coping, fort difficiles à comparer et à synthétiser (DUPAIN, 1998).

1- La taxinomie des stratégies de coping : des incohérences ?

Certains auteurs ont adopté une démarche **inductive**, tentant de regrouper par analyse factorielle ou analyse

de contenu les diverses réponses de coping observées (par exemple, PATTERSON et Mc CUBBIN, 1987). Mais la plupart des auteurs adoptent une démarche **hypothético-déductive**. Ils partent d'un modèle théorique pré-établi et tendent ensuite à vérifier sa compatibilité avec les résultats empiriques (c'est le cas de LAZARUS et de ses collègues).

La disparité des stratégies de coping s'explique sans doute aussi par la **variété des situations** considérées (certaines études évoquent des événements de vie majeurs, d'autres des tracasseries quotidiens, d'autres encore des stressors très spécifiques : problèmes de santé, douleurs, stress professionnel, événements de vie stressants chez les enfants et adolescents,...).

La variété des stratégies décrites par les différents auteurs tient sans doute aussi à des **définitions variables** du coping. Pour certains, le coping est une réponse relativement stable des individus à diverses situations, réponse déterminée essentiellement par les caractéristiques cognitives et conatives des individus (BILLING et MOOS, 1981 ; DE RIDDER, 1997). D'autres affirment que les stratégies de coping sont

LE COPING ET LES STRATÉGIES D'AJUSTEMENT FACE AU STRESS

essentiellement déterminées par les caractéristiques de la situation (Mc CRAE, 1984).

Nous avons passé en revue les raisons pouvant expliquer pourquoi les auteurs aboutissent à des catégories de coping très différentes. L'une de ces raisons est que beaucoup d'auteurs décrivent des réponses de coping élémentaires et spécifiques, sans s'intéresser à leur regroupement éventuel en stratégies plus générales.

2- Les méta-stratégies de coping

a) Évitement et vigilance

Si l'on s'en tient non aux réponses de coping détaillées proposées par les divers auteurs, mais aux stratégies de coping générales décrites par les uns et les autres, une certaine parenté apparaît alors entre ces catégories globales (AMIRKHAN, 1990 ; BILLING et MOOS, 1981 ; CARVER et al., 1989 ; ENDLER et PARKER, 1990 ; FOLKMAN et LAZARUS, 1988a ; Mc CRAE, 1984 ; PARKES, 1984 ; PEARLIN et SCHOOLER, 1978 ; VITALIANO et al., 1985). Il existe une vingtaine de recherches différentes consacrées aux stratégies générales de coping. Ces études ont été synthétisées par COUSSON et al., (1996 ; p. 156), PARKER et ENDLER (1992), SULLS et FLETCHER (1985) et DE RIDDER (1997). Elles aboutissent assez généralement à deux (ou plus rarement trois) stratégies globales, ou méta-stratégies : **coping centré sur le problème** (ou vigilance), **coping centré sur l'émotion** (ou évitement). L'**évitement** apparaît parfois comme troisième méta-stratégie, distincte des deux premières (ENDLER et PARKER, 1990).

SULLS et FLETCHER (1985) ont réalisé la méta-analyse (synthèse quantitative avec agrégation de tous les résultats) de 43 recherches antérieures, consacrées au coping. Ils aboutissent à deux grands types de coping :

- **stratégies « évitantes »** (avoidant coping), qui regroupe de nombreuses réponses de coping : distraction, diversion, répression, faible vigilance, évitement, déni, attitude défensive, fuite, fatalisme, résignation, coping « passif »,...
- **stratégies « vigilantes »** (vigilant coping), qui inclut : attention, sensibilité, vigilance, implication, réévaluation, attitude non défensive, coping « actif »,...

Il y a une parenté évidente des stratégies évitantes avec le coping centré sur l'émotion et des stratégies vigilantes avec le coping centré sur le problème.

b) Le soutien social

Nous avons recensé pour notre part 17 recherches consacrées aux stratégies générales de coping (COUSSON et al., 1996). Si un coping centré sur le problème apparaît bien sous diverses dénominations dans 16 études sur 17 et un coping centré sur l'émotion, unique ou scindé en stratégies plus spécifiques (dont l'évitement émotionnel) dans 13 études sur 17, une autre stratégie, la **recherche de soutien social**, apparaît dans 6 études, dont une recherche réalisée par notre équipe (BRUCHON-SCHWEITZER et al., 1996 ; COUSSON et al., 1996).

Certains auteurs affirment que le soutien est une ressource sociale perçue (évaluation secondaire) dont peut bénéficier un individu et non une stratégie d'ajustement (PARKER et ENDLER, 1992). D'autres, au contraire, considèrent que la recherche de soutien social implique bien en effet des **efforts pour solliciter et obtenir l'aide d'autrui**. Il s'agit bien dans ce cas d'une stratégie de coping élaborée par un individu (voir par exemple GREENGLASS, 1993).

En résumé, un instrument idéal d'évaluation du coping comprendrait au moins deux stratégies générales : coping centré sur le problème et coping centré sur l'émotion. Ces deux méta-stratégies devraient inclure des stratégies plus spécifiques (plus petites) dont la recherche de soutien social et l'évitement, souvent oubliées. Un tel modèle hiérarchique devrait être établi par des analyses confirmatoires (et pas seulement fondé sur des hypothèses certes séduisantes, mais aprioristes au départ).

Il devrait en outre permettre d'explorer à la fois le style de coping de l'individu (stratégies habituelles utilisées face à des stressors différents) et les processus spécifiques de coping associés à des situations particulières (ressenties comme perte, menace, défi par exemple), c'est-à-dire un coping « dispositionnel » et un coping « situationnel ». Aucun outil ne cumule pour l'instant ces divers atouts, malheureusement.

V- L'ÉVALUATION DU COPING : QUELQUES INSTRUMENTS

Nous ne présenterons pas toutes les échelles de coping existantes (plus d'une vingtaine à ce jour, voir DE RIDDER, 1997 pour une synthèse). Nous avons choisi de ne

décrire ici que quelques uns des outils les plus utilisés, parmi les plus connus, les plus prometteurs et ceux dont les qualités psychométriques sont satisfaisantes. Ce bilan ne concerne que les stratégies **générales** de coping (utilisées par des adultes face à diverses situations stressantes)³. Nous décrivons ci-dessous deux échelles disponibles en français, la CISS et la WCC-R⁴. Nous présenterons certains instruments spécifiques (évaluant le coping élaboré face à des stressors comme la douleur, la maladie ou l'hospitalisation) dans un prochain article.

1- La CISS de ENDLER et PARKER (1990)

Le CISS (Coping Inventory For Stressful Situations) de ENDLER et PARKER (1990) est actuellement l'outil le plus satisfaisant. L'objectif de départ des auteurs était de distinguer deux dimensions, un coping centré sur l'émotion et un coping centré sur le problème. Un premier inventaire de 70 items fut administré à 559 étudiants en 1988 et l'analyse factorielle des réponses donna 3 dimensions (problème, émotions, évitement). Cette structure fut retrouvée sur 4 nouveaux groupes et finalement 48 items furent sélectionnés (16 par facteur). Cet inventaire a donné des résultats stables quels que soient l'âge, le sexe et la culture des sujets. On dispose ici d'un instrument ayant d'excellentes qualités psychométriques.

Cependant, l'évitement, concept qui a une longue histoire, n'est pas trouvé par tous les auteurs, loin s'en faut. Pour la plupart des auteurs, ce n'est qu'une facette du coping émotionnel. L'évitement chez ENDLER et PARKER comprend la distraction, la diversion sociale. C'est un évitement «cognitif» qui a peu à voir avec ce que d'autres auteurs appellent évitement émotionnel (répression, attitude défensive, distorsion de la réalité)⁵. Entre autre, cette échelle ne comprend pas une stratégie de coping pourtant fondamentale, la **recherche de soutien social** (que les auteurs considèrent comme une ressource, point déjà discuté). Enfin cet outil est orienté vers les **styles de coping** (dispositions) et non vers des processus (transactions).

Fort heureusement, les auteurs ont développé une version de la CISS orientée vers les situations

et explorant le coping comme processus (ENDLER et al., 1994). Il faut souligner également le travail remarquable d'adaptation française de la CISS et de validation de cette version sur 1056 sujets effectué par ROLLAND (1998). Nous ne pouvons présenter cette version française du CISS au lecteur (elle est protégée par un copyright) et n'en fournissons que quelques items (voir Table I).

2- La WCC-R de VITALIANO et al. (1985)

La WCC-R (WCC, de FOLKMAN et LAZARUS, 1988b, et de LAZARUS et FOLKMAN, 1984b, révisée par VITALIANO et al., 1985) a été traduite et adaptée en français par notre équipe (COUSSON et al., 1996). Une analyse factorielle menée sur les réponses de 468 adultes français (247 femmes, 221 hommes) aux 42 items de cette échelle a permis d'isoler 3 facteurs extrêmement clairs (expliquant environ 35% de la variance totale) : **coping centré sur le problème** (efforts, plans d'action, se battre,...), **coping centré sur l'émotion** (évitement, culpabilité, souhaiter changer, espérer un miracle, auto-accusation,...), et **recherche de soutien social** (soutien informatif, matériel, émotionnel,...). Les coefficients de consistance interne sont très satisfaisants (0,71 à 0,82) et les coefficients de fidélité test-retest à une semaine d'intervalle sont très convenables (respectivement + 0,90, + 0,84 et + 0,75). La solution factorielle est identique chez les hommes et les femmes de l'échantillon. On trouvera l'échelle finale à 27 items à la Table II. Ce sont les sujets anxieux qui ont le plus tendance à utiliser un coping émotionnel.

3- L'efficacité relative des stratégies de coping

Nous avons vu plus haut que la taxonomie la plus classique des stratégies de coping (et la plus populaire) distingue un coping centré sur le problème et un coping centré sur l'émotion. Certains auteurs subdivisent ces deux grandes dimensions en stratégies plus fines (STEP-TOE, 1991, par exemple). D'autres assimilent ces deux méta-stratégies à un processus cognitivo- comporte-

3 Il existe des échelle de coping pour les enfants par exemple le LECL (Life Events and Coping Inventory) de DISE-LEWIS (1988) et pour les adolescents, comme le A-COPE de PATTERSON et Mc CUBBIN (1987). On trouvera une synthèse des travaux consacrés au coping chez les enfants et les adolescents dans ALBARET (1995), BOEKAERTS (1996) et FIELDS et PRINTZ (1997).

4 La CISS a été traduite, adaptée et validée en français par ROLLAND. Nous ne pouvons la reproduire ici, car elle a été éditée en 1998 par les Editions du Centre de Psychologie Appliquée à Paris. La WCC-R a été publiée dans Psychologie Française (COUSSON et al., 1996) et présentée à la Table II.

5 Pour une clarification de la notion d'évitement, on consultera KROHNE (1996).

LE COPING ET LES STRATÉGIES D'AJUSTEMENT FACE AU STRESS

mental **vigilant** ou **évitant** (SULS et FLETCHER, 1985) ou d'**engagement / désengagement** (TOBIN et al., 1989). On qualifie parfois ces stratégies d'«actives» ou de «passives» ce qui est tout à fait aprioriste et traduit un jugement de valeur sur le caractère adaptatif ou non des diverses stratégies de coping. L'efficacité d'une stratégie de coping dépend de l'individu, de la situation à affronter et **elle s'évalue par l'effet (conséquences fonctionnelles ou non) des réponses de coping du sujet sur des critères bien définis.**

Une stratégie de coping est efficace (ou adéquate) si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante ou de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique. Ceci implique que l'individu arrive à contrôler ou résoudre le problème, mais aussi qu'il parvienne à réguler ses émotions négatives, et notamment sa détresse (LAZARUS et FOLKMAN, 1984b, p. 188). Placer par exemple une personne âgée dépendante dans une institution spécialisée peut permettre à ses proches de réduire certains problèmes (surcharge, matérielle, morale, physique). Mais il est possible que la famille de cette personne soit alors submergée par des affects négatifs (sentiments de perte, de tristesse, de culpabilité,...). Inversement, certaines personnes arrivent à gérer les émotions induites par un problème sans pour autant régler la situation aversive, qui persiste alors. On ne peut donc pas, dans ces deux exemples, considérer les stratégies de coping utilisées comme adéquates. Bien qu'indépendantes en tant que dimensions, les deux méta-stratégies, lorsqu'elles sont utilisées par un individu particulier, peuvent interagir (contrôler le problème facilite en général la gestion des émotions et inversement).

Y a-t-il des stratégies plus efficaces que d'autres pour modérer la relation entre stress et détresse ? D'après la synthèse de SULS et FLETCHER (1985), **il est plus fonctionnel en général de recourir à une stratégie de coping, quelle qu'elle soit, qu'à aucune**, surtout si les stratégies disponibles sont variées et flexibles. D'après une synthèse de 43 études différentes, ces auteurs distinguent comme nous l'avons vu ci-dessus les stratégies vigilantes et les stratégies évitantes. L'évitement protégerait le sujet dans les expériences stressantes, au moins dans un premier temps (par exemple, lors de l'annonce du diagnostic d'une maladie grave). Pourtant, à moyen terme, les stratégies vigilantes deviennent plus efficaces si la situation aversive persiste.

Les premières recherches consacrées à l'efficacité relative des stratégies de coping semblaient indiquer que **les stratégies centrées sur le problème étaient plus efficaces que les stratégies centrées sur l'émo-**

tion. MIKULINCER et SOLOMON (1989) avaient observé que les symptômes de stress post-traumatique étaient plus sévères chez des soldats israéliens qui avaient utilisé des stratégies émotionnelles pendant la guerre israélo-palestinienne. Pour sa part, SCHMIDT (1988) a observé que parmi des patients devant subir une intervention chirurgicale, ceux qui avaient utilisé une stratégie vigilante (recherche d'informations, participation aux traitements) étaient moins anxieux et présentaient moins de complications post-opératoires que ceux qui avaient recouru à une stratégie évitante (résignation, fatalisme, inhibition). Une cohorte de sujets a été suivie pendant un an par HOLAHAN et MOOS (1986). Parmi les sujets ayant subi le plus d'événements stressants pendant cette période, ceux qui ont utilisé préférentiellement des stratégies évitantes avaient beaucoup plus de symptômes psychosomatiques à la fin de l'étude (maux de tête, maux d'estomac,...) que ceux qui ont utilisé des stratégies vigilantes.

Dans l'ensemble, les recherches récentes ont montré qu'**un coping centré sur le problème réduit la tension subie par l'individu en éliminant (ou en atténuant) le stress.** Le recours à cette stratégie corrèle négativement avec l'anxiété et la dépression d'après plusieurs études (BOLGER, 1990 ; FELTON et REVENSON, 1984 ; TERRY, 1994). Les stratégies émotionnelles dites «défensives» impliquent une distorsion dans l'évaluation de la situation. Des réponses de coping comme la répression ou la pensée magique se sont révélées associées à des issues dysfonctionnelles (émotionnelles et somatiques), ceci d'après les recherches citées ci-dessus ainsi que d'après d'autres études (OLFF, 1991 ; PAYNE et FIRTH-COZENS, 1987).

Pourtant, tout n'est pas si simple, car **l'efficacité d'une stratégie de coping dépend aussi des caractéristiques de la situation (durée, contrôlabilité du stress).** Nous avons vu plus haut qu'un coping émotionnel (évitant) peut être utile à court terme. Il évite d'être trop stressé et permet un travail psychique permettant progressivement d'évaluer la situation de façon plus réaliste et de mettre en place des stratégies d'affrontement. Selon LAZARUS et FOLKMAN (1984b) **un coping centré sur le problème n'est vraiment efficace que si la situation est contrôlable.** Face à un événement incontrôlable, les efforts répétés du sujet sont inutiles et épuisants et **une stratégie émotionnelle évitante (répression) peut s'avérer plus adaptée** (elle protège l'estime de soi et permet de ne pas être submergé par la détresse).

Plusieurs recherches ont montré que chez des femmes atteintes d'un cancer du sein métastatique, certaines stratégies émotionnelles évitantes (utilisées juste après le diagnostic) jouent un rôle protecteur sur le bien être émotionnel et la survie évalués 10 ans après (GREER et al., 1979). Un coping centré sur le problème (utilisé juste après le diagnostic) a en revanche un impact négatif sur la qualité de vie ultérieure de ces patientes (COUSSON-GÉLIE, 1997, p. 210). **Dans des situations contrôlables (ou perçues comme telles) un coping centré sur le problème apparaît comme efficace** (il est associé à une faible détresse ultérieure) et **un coping centré sur l'émotion comme dysfonctionnel** (détresse ultérieure importante), **cet effet s'inversant dans les situations incontrôlables** (ALDWIN, 1991 ; CARVER et al., 1989 ; CONWAY et TERRY, 1992 ; FORSYTHE et COMPAS, 1987 ; VITALIANO et al., 1990). L'efficacité relative des stratégies de coping semble aussi varier en fonction du temps qui s'écoule après l'événement stressant (un coping émotionnel n'est protecteur que juste après cet événement).

Il n'y a donc **pas de stratégie de coping efficace en elle-même**, indépendamment de certaines caractéristiques des individus (évaluation) et des situations (durée, contrôlabilité). En outre, l'efficacité d'une stratégie de coping varie selon le critère considéré (bien être émotionnel, santé physique, hétéro ou auto-évalués). Tout ceci illustre bien le fait que le coping est un processus transactionnel entre la personne et son environnement.

VI- DISCUSSION ET CONCLUSION

Nous avons vu que certains auteurs ont considéré le coping comme une caractéristique dispositionnelle (style). Or, en effet, les recherches ont révélé que face à différents types de situations, **les individus se comportent de façon relativement cohérente** (CARVER et al., 1989 ; HOLAHAN et MOOS, 1987 ; Mc CRAE, 1989 ; STONE et NEALE, 1984). Ceci est dû sans doute au fait que certaines caractéristiques disposi-

tionnelles ont une influence sur l'élaboration préférentielle de certaines stratégies de coping (un névrosisme faible, un lieu de contrôle interne, une estime de soi élevée prédisent par exemple des scores plus élevés de coping «vigilant» et plus faibles de coping «évitant»). On a même appelé «ressources» de coping certaines caractéristiques cognitives et conatives facilitant le recours à des stratégies centrées sur le problème (TERRY, 1994). Inversement, on a observé que des patients anxieux, dépressifs, névrotiques avaient tendance à ne pas développer de stratégies centrées sur le problème (ou vigilante) mais plutôt des stratégies émotionnelles (ou évitantes), dysfonctionnelles en général (VOLLRATH et al., 1994)⁶.

Cette orientation dispositionnelle des recherches, malgré son intérêt semble, au regard de tout ce qui précède, tout à fait partielle. Les **stratégies de coping sont aussi en partie déterminées par les caractéristiques (réelles et perçues) des situations affrontées** (BEN PORATH et TELLEGEN, 1990 ; FEIFEL et STRACK, 1989 ; Mc CRAE, 1984 ; PERREZ et REICHERTS, 1992). Beaucoup de travail reste à faire pour mieux comprendre dans quelle mesure les réponses de coping sont déterminées par la façon dont le sujet évalue la situation stressante. La classification de ces situations en perte, menace ou défi est-elle pertinente, est-elle suffisante ? Nous ne le pensons pas, car cette classification, pourtant largement admise, est fondée sur des hypothèses intuitives et non sur des recherches ayant trait au sens des événements de vie (et qui restent à entreprendre).

Un autre point délicat tient à la rareté des études prospectives ayant montré que les stratégies de coping ont bien des conséquences (fonctionnelles ou non) sur des critères (émotionnels ou somatiques) évalués ultérieurement. La plupart des études sont transversales et ne permettent pas d'inférence causale, le bien-être physique ou émotionnel pouvant tout autant induire des stratégies de coping fonctionnelles que l'inverse. On aimerait en outre avoir davantage de précisions quant à l'effet des stratégies de coping sur la santé ultérieure (en termes de pourcentage de variance expliquée, par exemple)⁷.

⁶ Pour sortir de la situation actuelle, assez confuse, PARKER et ENDLER (1992) proposent de mesurer séparément les « styles de coping » (stratégies utilisées dans une situation spécifique). Mais le changement de consignes (fréquence → intensité) suffit-il ?

⁷ Dans l'ensemble, les médiateurs de la relation stress-santé (processus d'évaluation, soutien social et coping) prédisent environ 10% de l'état somatique et jusqu'à 40% de l'état émotionnel ultérieurs, d'après les quelques études prospectives disponibles (BRUCHON-SCHWEITZER, à paraître).

LE COPING ET LES STRATÉGIES D'AJUSTEMENT FACE AU STRESS

Par quels mécanismes une stratégie de coping peut-elle affecter l'état de santé physique et psychique ultérieur d'un individu ? Par plusieurs voies, directes et indirectes. On sait tout d'abord que les réponses de coping sont associées à des variations dans l'activité de certains systèmes (neuroendocrinien, neuroimmunitaire). **Certains cofonctionnements biopsychosociaux sont souvent évoqués pour rendre compte des mécanismes sous-jacents aux transactions individu-environnement** (DANTZER, 1994 ; GOODALL, 1994).

Les stratégies de coping se traduisent en outre par des attitudes et comportements plus ou moins pathogènes ou salutogènes. Un coping centré sur l'émotion et évitant s'accompagne le plus souvent de **comportements à risques** (non perception des symptômes, délai à consulter, abus de certaines substances, non-observance d'un traitement,...). Un coping centré sur le problème et vigilant se traduit généralement par la recherche d'informations concernant la santé, et l'attention portée aux symptômes, et une bonne adhésion thérapeutique, et donc par des **comportements sains**. Ceci n'est pas contradictoire avec le fait que cette stratégie peut parfois être dysfonctionnelle sur le plan émotionnel notamment, lorsqu'un sujet est atteint par exemple d'une maladie grave, incontrôlable et durable (COHEN et HERBERT, 1996).

Si des progrès restent à faire, notamment dans l'évaluation des stratégies de coping et de leurs effets, on sait à présent que les stratégies d'ajustement aux événements stressants, décrites depuis une vingtaine d'années seulement, sont des **processus fondamentaux, modulant la relation entre un contexte aversif et l'état de santé ultérieur**. Si l'on ne peut guère agir sur les facteurs environnementaux et dispositionnels qui fragilisent les individus, en revanche, les processus d'évaluation et stratégies d'ajustement décrits ci-dessus sont en grande partie **modifiables**. Bien sûr, des recherches fondamentales sont encore nécessaires, mais des perspectives de recherches appliquées sont désormais ouvertes. L'une des perspectives les plus stimulantes actuellement est **l'intervention** auprès des individus ayant à affronter un événement stressant (maladie, hospitalisation, deuil, chômage,...), intervention visant à **renforcer autant que possible les stratégies d'ajustement fonctionnelles et à réduire les stratégies nocives**. C'est sur les stratégies de coping spécifiques et sur les prises en charge des individus confrontés à des situations particulièrement stressantes que nous reviendrons dans un prochain article.

RÉFÉRENCES

- ALBARET, M.C. (1995). *Le coping dans la psychologie du développement*, *Archives de Psychologie*, 63, 205-224.
- ALDWIN, C. (1991). *Does age affect the stress and coping process ! Implication of age differences in perceived control*. *Journal of Gerontology*, 46, 174-180.
- AMIÉL-LEBIGRE, F. (1996). *Événements stressants de la vie ; méthodologies et résultats*. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37, 401, E1.
- AMIRKHAH, J.H. (1990). *A factor analytically derived measure of coping : the Coping Strategy Indicator*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-1074.
- BEN-PORATH, Y. et TELLEGEN, A. (1990). *A place for traits in stress research*. *Psychological Inquiry*, 1, 14-17.
- BILLING, A.G. et MOOS, R.H. (1981). *The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events*. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- BOKAERTS, M. (1996). *Coping with stress in childhood and adolescence*. In M. ZEIDNER et N.S. ENDLER (Eds.), *Handbook of coping. Theory, research, applications*. New York : Wiley, chap. 20, pp. 452-484.
- BOLGER, N. (1990). *Coping as a personality process : A prospective study*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 525-537.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. (à paraître). *Manuel de psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M., COUSSON, F., QUINTARD, B., NUISSIER, J., et RASCLE, N. (1996). *French adaptation of the Ways of Coping checklist*. *Perceptual and Motor Skills*, 83, 104-106.
- CARVER, C.S., SCHEIER, M.F. et WEINTRAUB, J.K. (1989). *Assessing coping strategies : a theoretically based approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 2, 267-283.
- COHEN, S. et HERBERT, T.B. (1996). *Health Psychology : Psychological factors and physical disease from the perspective of psychoneuro-immunology*. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.

- COHEN, S., KAMARCK, T. et MERMELSTEIN, R. (1983). *A global measure of perceived stress*. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- 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*, London : Sage, pp. 31-67.
- CONWAY, V. et TERRY, D. (1992). *Appraised controllability as a moderator of the effectiveness of different coping strategies*. *Australian Journal of Psychology*, 44, 1-7.
- COSTA, P.T., SOMERFIELD, M.R. et Mc CRAE, R.R. (1996). *Personality and coping : a reconceptualization*. In M. ZEIDNER et N.S. ENDLER (Eds.), *Handbook of coping : Theory, research, applications*, New York : Wiley, chap. 3, 44-61.
- COUSSON-GÉLIE, F. (1997). *L'évolution différentielle de la maladie et de la qualité de vie de patientes atteintes d'un cancer du sein. Une étude semi-prospective en psychologie de la santé*. Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Bordeaux 2.
- COUSSON-GÉLIE, F., BRUCHON-SCHWEITZER, M., QUINTARD, B., NUISSIER, J. et RASCLÉN, N. (1996). *Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la WCC (Ways of Coping Checklist)*, *Psychologie Française*, 41, 2, 155-164.
- DANTZER, R. (1994). *Psychobiologie du stress*, In M. BRUCHON-SCHWEITZER et R. DANTZER (Eds.), *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : PUF, chap. 6, 155-182.
- DE RIDDER, D. (1997). *What is wrong with coping assessment ? A review of conceptual and methodological issues*. *Psychology and Health*, 12, 417-431.
- DISE-LEWIS, J.E. (1988). *The Life Events and Coping Inventory : an assessment of stress in children*. *Psychosomatic Medicine*, 50, 484-489.
- DUPAIN, PH. (1998). *Le coping : une revue du concept et des méthodes d'évaluation*. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 8, 4, 131-138.
- ENDLER, N.S., KANTOR, L. et PARKER, J.D.A. (1994). *State-trait coping, state-trait anxiety and academic performance*. *Personality and Individual Differences*, 16, 663-699.
- ENDLER, N.S. et PARKER, J.D.A. (1990). *Multidimensional assessment of coping : a critical evaluation*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- FEIFEL, H. et STRACK, S. (1989). *Coping with conflict situations : Middle-aged and elderly men*. *Psychology and Aging*, 4, 1, 26-33.
- FELTON, B. et REVENSON, T. (1984). *Coping with chronic illness : A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 343-353.
- FIELDS, L. et PRINZ, R.J. (1997). *Coping and adjustment during childhood and adolescence*. *Clinical Psychology Review*, 17, 8, 937-976.
- FOLKMAN, S. et LAZARUS, R.S. (1988a). *The relation between coping and emotion. Implications of theory and research*. *Social Sciences and Medicine*, 26, 309-317.
- FOLKMAN S. et LAZARUS, R.S. (1988b). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto (CA) : Consulting Psychologists Press.
- FORSYTHE, C. et COMPAS, B. (1987). *Interaction of cognitive appraisals of stressful events of coping : Testing the goodness of fit hypothesis*. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 473-485.
- FREUD, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris : PUF (éd. fin, 1995).
- 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, 183-210.
- GREENGLASS, E.R. (1993). *The contribution of social support to coping strategies*. *Applied Psychology : An International Review*, 42, 4, 323-340.
- GREER, S., MORRIS, T. et PETTINGALE, K.W. (1979). *Psychological response to breast cancer. Effect on outcome*. *Lancet*, 2, 785-787.
- HAAN, N. (1977). *Coping and defending*. New York : Academic Press.
- HOLAHAN, C.J. et MOOS, R.H. (1985). *Cife stress and health : Personality, coping, and family resources in*

LE COPING ET LES STRATÉGIES D'AJUSTEMENT FACE AU STRESS

- stress resistance : A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 739-747.
- HOLAHAN, C.J. et MOOS, R.H. (1987). *Personal and contextual determinants of coping strategies. Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 946-955.
- 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.
- KROHNE, H.W. (1996). *Individual differences in coping*. In M. ZEIDNER et N.S. ENDLER (Eds.), *Handbook of coping. Theory, research, applications*, New York : Wiley, chap. 17, pp. 381-409.
- LAZARUS, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*, New York : Mac Graw Hill.
- LAZARUS, R.S. et FOLKMAN, S. (1984a). *Coping and adaptation*. In W.D. GENTRY (Ed.), *Handbook of behavior medicine*, New York : Guilford, pp. 282-325.
- LAZARUS, R.S. et FOLKMAN, S. (1984b). *Stress, appraisal, and coping*, New York : Springer.
- LAZARUS, R.S. et LAUNIER, R. (1978). *Stress-related transactions between person and environment*. In L.A. PERVIN et M. LEWIS (Eds.), *Perspectives in interactional psychology*. New York : Plenum, pp. 287-327.
- Mc CRAE, R.R. (1984). *Situational determinants of coping responses. Loss, threat, and challenge. Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919-928.
- Mc CRAE, R. (1989). *Age differences and changes in the use of coping mechanisms*, *Journal of Gerontology*, 44, 161-169.
- Mc CRAE, R.R. (1992). *Situational determinants of coping*. In B.N. CARPENTER (Ed.), *Personal coping : theory, research and applications*, New York : Praeger, pp. 65-76.
- MIKULINER, M. et SOLOMON, Z. (1989). *Causal attributions, coping strategies, and combat related post-traumatic stress disorders. European Journal of Personality*, 3, 269-284.
- OLFF, M. (1991). *Defence and coping : Self report health and psychobiological correlates. Utrecht : ISOR*.
- PARKER, J.D.A., et ENDLER, N.S. (1992). *Coping and coping assessment. A critical review. European Journal of Personality*, 6, 5, 321-344.
- PARKES, K.R. (1984). *Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 655-668.
- PATTERSON, J.M. et Mc CUBBIN, H.I. (1987). *Adolescent coping style and behavior : conceptualization and measurement. Journal of Adolescence*, 10, 163-186.
- PAULHAN, I. (1992). *Le concept de coping. L'Année Psychologique*, 92, 545-557.
- PAULHAN, I (1994). *Les stratégies d'ajustement, ou « coping »*. In M. BRUCHON-SCHWEITZER et R. DANTZER (Eds.), *Introduction à la psychologie de la santé. Paris : PUF*, chap. 4, 99-124.
- PAYNE, R. et FIRTH-COZENS, J. (1987). *Stress in health professionals : New York*.
- PEARLIN, L.I. et SCHOOLER, C. (1978). *The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- PERREZ, M. et REICHERTS, M. (1992). *Stress, coping, and health. Seattle (WA) : Hogrefe et Huber*.
- PERRY, J.C., et COOPER, S.H. (1989). *What do cross-sectional measures of defense mechanisms predict*. In G.E. VAILLANT (Ed.), *Empirical studies of ego mechanisms of defense, Washington (DC) : American Psychiatric Press*, pp. 47-59.
- ROLLAND, J.P. (1998). *Manuel du CISS (Coping Inventory for Stressful Situation) de ENDLER et PARKER (1990). Adaptation française. Paris : Editions du Centre de Psychologie Appliquée*.
- SCHMIDT, L.R. (1988). *Coping with surgical stress : some results and some problems*. In S. MAES et C.D. SPIELBERGER (Eds.), *Topics in Health Psychology. New York : Wiley*, chap. 14, pp. 219-227.
- STEPTOE, A. (1991). *Psychological coping, individual differences and physiological stress responses*. In C.L. COOPER et R. PAYNE (Eds.), *Personality and stress, individual differences in the stress process. New York : Wiley*, chap. 9, pp. 205-233.
- STONE, A.A. et NEALE, J.M. (1984). *New Measure of daily coping : development and preliminary results. Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 892-906.

- SULS, J. et FLETCHER, B. (1985). *The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies : A meta-analysis. Health Psychology, 4*, 249-288.
- TERRY, D.J. (1994). *Determinants of coping : The role of stable and situational factors. Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 895-910.
- TOBIN, D.L., HOLROYD, K.A., REYNOLDS, R.V. et WIGAL, J.K. (1989). *The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory, Cognitive Therapy and Research, 13, 4*, 343-361.
- VAILLANT, G.E. (1977). *Adaptation to life. Boston : Little Brown.*
- VAILLANT, G.E., BOND, M. et VAILLANT, C.O. (1986). *An empirically validated hierarchy of defense mechanisms, Archives of General Psychiatry, 43*, 786-794.
- VITALIANO, P.P., DE WOLFE, D., MAIURO, R., RUSSO, J. et KATON-W. (1990). *Appraised changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression : A test of the hypothesis of fit. Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 582-592.
- VITALIANO, P.P., RUSSO, J., CARR, J.E., MAIURO, R.D. et BECKER, J. (1985). *The ways of Coping checklist : revision and psychometric properties. Multivariate Behavioral Research, 20*, 3-26.
- VOLLRATH, M., ALNAES, R. et TORGERSEN, S. (1994). *Coping and MCMI-II personality disorders. Journal of Personality Disorders, 8*, 53-63.
- VOLLRATH, M., TORGERSEN, S. et ALNAES, R. (1995). *Personality as a long - term predictor of coping. Personality and Individual Differences, 18, 1*, 117-125.
- ZEIDNER, M. et ENDLER, N.S. (1996). *Handbook of coping : Theory, research, application, New York : Wiley, 750 p.*

ANNEXES

<p>Coping orienté vers la tâche</p> <p>1. Mieux organiser le temps dont je dispose 6. Faire ce que je pense être le mieux 10. Définir, dégager des priorités 24. M'efforcer d'analyser la situation 41. Prendre le contrôle de la situation</p>
<p>Coping orienté vers l'émotion</p> <p>7. Me tracasser à propos de mes problèmes 16. Me dire que cela n'est pas réellement en train de m'arriver 22. Me reprocher de ne pas savoir que faire 28. Souhaiter pouvoir changer ce qui s'est passé 38. Me mettre en colère</p>
<p>Coping orienté vers l'évitement</p> <p>3. Repenser à des bons moments que j'ai connus 11. Essayer de dormir 18. Sortir au restaurant ou manger quelque chose 29. Rendre visite à un(e) ami(e) 44. M'éloigner, esquiver la situation</p>

Table 1 : Quelques items de la CISS (Coping Inventory for Stressful Situations) de ENDLER et PARKER (1990) qui comprend 48 items (+ 1 item ouvert) et mesure 3 facteurs (adaptation française de ROLLAND, 1998).

LE COPING ET LES STRATÉGIES D'AJUSTEMENT FACE AU STRESS

	Non	Plutôt Non	Plutôt Oui	Oui
1. J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi				
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse				
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais				
4. Je me suis battu(e) pour ce que je voulais				
5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé				
6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'il m'a conseillé				
7. J'ai changé positivement				
8. Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème				
9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis				
10. J'ai pris les choses une par une				
11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait				
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation				
13. Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après				
14. Je me suis culpabilisé(e)				
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions				
16. Je suis sorti plus fort(e) de la situation				
17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux				
18. J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet de ce problème				
19. J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir				
20. J'ai essayé de tout oublier				
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler				
22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée				
23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude				
24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un				
25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème				
26. Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e)				
27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver				

Table II : Validation française de la WCC-R par COUSSON-GÉLIE et al. (1996).

Cotation : Chaque item sera coté de 1 à 4 points, selon la réponse du sujet (Non : 1, Plutôt Non : 2, Plutôt Oui : 3, Oui : 4), sauf l'item 15 qui est coté en sens inverse (Non : 4, Plutôt non : 3, Plutôt oui 2, Oui : 4). Les scores d'échelle seront obtenus en faisant la somme des scores d'items correspondant à chaque dimension, soit :

Coping problème : items 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 27.

Coping émotion : items 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26.

Coping soutien : items 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24 (attention à l'item 15, coté en sens inverse).