

**Coping et Qualité de Vie « Modèle des Dououreux Chronique »****Coping and Quality of Life « Chronic Pain Model»****ABDESSELAM Hafida <sup>1</sup>, ZENAD Dalila <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Université d'Alger 2; Laboratoire de la Psychologie de la Santé, Prévention et Qualité de Vie, abdeslamhafida.avocate@gmail.com

<sup>2</sup> Université d'Alger 2; Laboratoire de la Psychologie de la Santé, Prévention et Qualité de Vie, zenaddalila@yahoo.fr

Date de réception : 6/12/2021 Date d'acceptation : 9/12/2021 Date de publication : 31/12/2021

**Résumé:**

Les patients souffrant de douleur chronique font recours à de multiples stratégies de coping, la littérature scientifique recense différents types de stratégies (générales/ spécifiques, variables selon les circonstances situationnelles et les caractéristiques personnelles) et atteste le rôle important de ces stratégies dans la détermination des issues (adaptatives non adaptatives) ; cependant on ne peut affirmer l'efficacité ou l'inefficacité des stratégies que dans des cas particuliers. Cet article tend à illustrer les stratégies de coping spécifiques à la douleur, déterminer leurs efficacités et expliquer les voies d'influences sur la qualité de vie.

**Mots clés:** Coping spécifique à la douleur; Efficacité du coping ; Voies d'influences sur la qualité de vie.

**Abstract:**

Many coping strategies are used by chronic pain patients. The scientific literature identifies different types of strategies general/ specific, variable according to situational circumstances and personal characteristics) and certify the important role of these strategies in the determination of the issues(adaptive, non-adaptive); however the efficacy or inefficacy of the strategies can only be affirmed in specific cases. This article aims to illustrate specific pain coping, determine their efficacy and explain Pathways of influence on quality of life.

**Keywords:** Specific pain coping; Coping efficacy; Pathways of influence on quality of life .

## 1. Introduction :

Les stratégies de coping jouent un rôle très important dans la détermination ultérieure de la qualité de vie des patients souffrant de douleur chronique. Selon les études antérieures effectuées au sujet de stratégies de coping en général, il en ressort que le coping centré sur le problème serait lié à une meilleure adaptation tandis que le coping centré sur l'émotion serait lié à une mauvaise adaptation. Cependant les études sur le coping ont connu une croissance considérable. Les travaux récents semblent s'orienter vers la reconnaissance du rôle joué par d'autres aspects et dimensions (temporel, dyade, sens...) dans la détermination de l'efficacité des stratégies. D'autre part, dans le cadre de la douleur chronique, la particularité du phénomène douloureux a conduit à proposer des types spécifiques pour faire face à la douleur ; les modèles recensés par la littérature ont permis de classer quelques stratégies selon leur efficacité. En outre quelques stratégies sont ambivalentes en termes d'efficacité et de retentissement sur la qualité de vie. Les données récentes permettent de mieux comprendre les stratégies spécifiques à la douleur et leur influence dans différentes situations. Nous nous intéressons dans cet article à éclaircir la problématique suivante :

Quels sont les stratégies de coping spécifiques à la douleur et par quelles voies elles influencent la qualité de vie ?

## 2. Histoire, Déterminants et Evolution du coping

Historiquement le coping était assimilé à l'adaptation (Le modèle animal) qui le considère comme une réponse comportementale innée ou acquise face à une menace vitale, et aux mécanismes de défenses (Le modèle de la psychologie du Moi ) qui le relie aux défenses du Moi-opérations inconscientes- dont le but est la suppression ou la diminution de la source d'angoisse.(Paulhan, 1992). Dans un second temps Lazarus et Folkman(1984) ont élaboré la théorie cognitive du stress et coping qui se distingue des modèles précédents (l'adaptation et les mécanismes de défense) ; le stress ne réside ni dans l'événement, ni dans l'individu, mais dans une transaction entre l'individu et l'environnement, ce modèle a introduit le processus transactionnel; l'effet d'un événements tressant sur les réponses d'un individu se déroule selon plusieurs étapes: étapes d'évaluation (primaire et secondaire) et élaboration d'une ou plusieurs stratégies de coping. Ces auteurs 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 comme menaçant ou excédant les ressources d'un individu». (Lazarus et Folkman, 1984, p.141).

Selon l'approche psychodynamique les variables dispositionnelles ou liées à la personnalité déterminent le choix des stratégies, ainsi les déterminants du coping sont dispositionnels (caractéristiques cognitives et

conatives de l'individu). Par contre, les recherches sur le coping qui se sont développées durant les années 1970-1980 ont adopté une perspective situationnelle pour expliquer les réponses de coping ; on considérait que les facteurs de personnalité et les caractéristiques individuelles influençaient faiblement les réponses ou les stratégies choisies pour faire face à la situation ; le coping est déterminé par des caractéristiques situationnelles (la nature du problème, degré de control,...).

Cependant dès le début des années 1990, on assiste à la reconnaissance de l'approche dispositionnelle ; ce changement aura pour conséquences de considérer à nouveau l'effet des traits de personnalité sur le type de réponse de coping. Actuellement on considère que les réponses de coping sont déterminées à la fois par les caractéristiques de la situation, par celles de l'individu et par l'interaction entre ces deux variables. (Luminet, 2008).

Les études sur le coping ont connu une croissance considérable ; bien que la modèle transactionnel constitue le modèle dominant dans le champ du coping, les recherches récentes mettent en évidence de nouvelles orientations dans ce domaine ; Hartmann (2008) dans son article « *Les orientations nouvelles dans le champ du coping* » a présenté quatre nouvelles approches qui permettent de dépasser certaines limites de l'approche classique, ces approches comprennent :

➤ la théorie du « *Coping proactif* » qui intègre les aspects temporels du coping et différenciant entre les efforts établis pour faire face à des événements passés, présents, et futur.

➤ La deuxième approche englobe les recherches sur les « *Affects positifs en situation de stress* » qui prennent en compte la coexistence d'affects positifs et négatifs en situation de stress et impliquant la recherche de sens.

➤ La troisième approche inclut les recherches sur le « *Coping en lien avec les émotions* » qui mettent l'accent sur la valeur adaptative des émotions, il s'agit de « *La Théorie de la régulation émotionnelle* » et de « *la Théorie du coping d'affrontement émotionnel* » qui distingue entre stratégie d'évitement des émotions et stratégie d'affrontement des émotions souvent confondues dans les mesures traditionnelles du coping.

➤ Enfin la quatrième approche comprend « *Les Approches ou Modèles spécifiques* » qui s'intéressent aux différents types spécifiques du coping tel « *Le Modèle du double processus de coping* » pour le deuil qui exige une approche plus circonstanciée et détaillée des processus de coping, ou plus globale pour « *Le Modèle des aspects sociaux du coping* » qui prend en compte l'impact du coping individuel sur les relations sociales et vice versa, ou encore la prise en compte des croyances religieuses pour l'évaluation de la situation stressante autrement dit « *Le Coping religieux* ». (voir Hartmann, 2008).

D'autre part Bruchon-Schweitzer, et Boujut, (2014) ont présenté certains nouveaux types de coping dans le cadre des nouvelles perspectives. Outre du « *coping centré sur la signification* » ou sur le sens, et « *le coping orienté vers le futur* » ou le coping proactif - cités précédemment-, elles ont inclus dans ce cadre « *Le Coping dyadique* » qui s'inspire du modèle transactionnel et du modèle systémique et consiste à prendre en compte l'interdépendance les stratégies de coping de deux individus face à un même événement stressant.

Ainsi, la conception du coping s'est élargie et enrichie grâce aux apports théoriques et empiriques, on ne s'intéresse plus à des aspects unidimensionnels (caractéristiques personnelles ou situationnelles); mais plutôt à une variété d'aspects et de dimensions (temporel, affects positifs, dyade, sens...).

### **3. Les stratégies de coping spécifiques à la douleur**

Les stratégies de coping sont très variables d'un individu à l'autre et d'une situation à l'autre. Il existe différentes classifications, dont la plus connue est celle de Lazarus et Folkman (1984) qui distingue les stratégies centrées sur le problème qui permettent de modifier le problème qui est à l'origine du stress; et les stratégies centrées sur l'émotion qui permettent de réguler les réponses émotionnelles générées par le stress. Ces stratégies peuvent être divisées en multiples facettes: non-expression des émotions, évitement, pensée magique, recherche d'informations... (Koleck, et al ; 2003) .

Cependant les stratégies de coping élaborées par les douloureux chroniques sont considérées comme des stratégies spécifiques, bien que quelques mesures générales sont utilisées pour évaluer le coping face à la douleur, certains (Keffe, Salley, et Lefebvre ; 1992) cité par (Bruchon-Schweitzer, et Boujut, 2014) ont montré que les questionnaires généraux de coping étaient peu adaptés à la description des tentatives d'ajustement à la douleur et nécessitent des items plus spécifiques.

IASP -International Association for the Study of Pain- (2009) a décrit cinq modèles de stratégies de coping pour faire face à la douleur :

#### **➤ Le Modèle d'Adaptation au Problème centré sur les Emotions dans la douleur**

Ce modèle est un modèle général « le Modèle de Stress et d'Adaptation de Lazarus et Folkman »; la Liste des Voies d'Adaptation (Ways of Coping Check-list - WCCL) concrétise les types de stratégies utilisées. Cette mesure peut être adaptée pour étudier les stratégies pour faire face à la douleur. Elle inclut une sous-échelle de focalisation sur le problème et quatre sous-échelles de focalisation sur les émotions (recherche d'aide sociale, pensées irréalistes, auto-accusation, et évitement). (IASP, 2009).

➤ **Le Modèle Peur/ Evitement –fear avoidance-**

Dans ce modèle, l'évaluation négative de la douleur et de son retentissement (la dramatisation, catastrophisme ) entraîne une peur de la douleur qui va donner lieu à des comportements d'évitement. Des instruments ont été développés pour mesurer la peur de la douleur et l'évitement de l'activité lié à la peur. Ainsi, «le Fear of Pain Questionnaire » permet de mesurer la peur liée à la douleur dans le syndrome de douleur chronique ainsi que dans des échantillons non-cliniques. Quant au « Fear Avoidance Beliefs Questionnaire »il permet de mesurer la peur, l'évitement et les croyances concernant l'influence de l'activité professionnelle et physique sur la douleur. (O'Reilly, 2011).

➤ **Le Modèle d'Adaptation à la douleur Actif/Passif**

l'Inventaire de gestion de la douleur de Vanderbilt (Vanderbilt Pain Management Inventory-VPMI-), représente parfaitement ce modèle, la mesure distingue deux sortes de stratégies : les stratégies d'adaptation passives (éviter les autres, parler de la douleur, ou prendre des médicaments pour obtenir un soulagement...),et stratégies actives (s'engager dans des activités de loisirs, distraire son attention de la douleur, ou faire des exercices de renforcement immédiat). (IASP, 2009).

➤ **Le Modèle d'Adaptation par Acceptation**

Ce modèle considère que les efforts déployés sous forme de lutte afin de contrôler la douleur peuvent être mal adaptatifs en permettant de rendre la douleur plus intense et d'augmenter la détresse psychologique. (IASP, 2009). L'acceptation permet d'obtenir des résultats différents. En utilisant le « Chronic Pain Acceptance Questionnaire », des auteurs ont montré que les patients avec une attitude d'acceptation peuvent avoir une bonne adaptation à la douleur. L'acceptation prédit le niveau de la douleur, l'invalidité, la dépression, l'anxiété liée à la douleur et de meilleures conditions de travail. (O'Reilly, 2011).

➤ **Le Modèle Cognitif / Comportemental d'Adaptation à la douleur**

Ce modèle est illustré par le Questionnaire des Stratégies d'Adaptation (Coping Stratégies Questionnaire -CSQ-) de Rosentiel et Keefe ; Le CSQ est parmi les mesures les plus utilisées pour évaluer les stratégies de coping élaborées pour faire face à la douleur (lombalgie, ostéoporose, fibromyalgie, céphalées...). (Bruchon-Schweitzer, et Boujut, 2014) .Cette échelle a été conçu pour évaluer la fréquence d'utilisation de stratégies cognitives et comportementales spécifiques souvent ciblées dans les protocoles de prise en charge cognitivo comportementale de la douleur. (IASP, 2009).

#### **4. Efficacité du coping et Qualité de vie**

Tenant compte du phénomène douloureux qui est une expérience subjective, complexe et multidimensionnelle, il est important de connaître les types des stratégies, leurs efficacités, et leur impact sur la qualité de vie.

L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur chronique comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ». (Merskey, & Bogduk, 1994). Dans ce sens, la douleur qui est une expérience subjective interfère autant avec le psychique et le social qu'avec les fonctions physiques. Par conséquent elle peut avoir un effet dévastateur sur la vie des personnes atteintes et de leur famille, en affectant le fonctionnement, l'humeur, le sommeil, les rapports sociaux et la qualité de vie des patients, (Dobkin, & Boothroyd, 2006). De ce fait ; La qualité de vie des douloureux chroniques reflète le vécu biopsychosocial de ces patients.

Dans son sens le plus large, l'Organisation Mondiale de la Santé - WHOQOL Group- définit la qualité de vie « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses préoccupations. » (WHOQOL Group, 1998). Certains auteurs (Bruchon-Schweitzer, et Boujut, 2014 ; Fischer, 2002) indiquent que cette conception est générale, intégrative et large, affectée de façon complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'autonomie, ses relations sociales, en relation avec les caractéristiques essentielles de son environnement.

Le coping est une variable qui influence la qualité de vie ; Irachabal, et al (2008) ont cité que de nombreuses recherches ont montré que les stratégies utilisées pour faire face à une douleur chronique jouent un rôle important dans l'ajustement des patients à leur pathologie, en termes de détresse émotionnelle, de handicap et de qualité de vie. De ce fait il est important de connaître les types de stratégies qui influencent positivement la qualité de vie.

Différents facteurs cognitifs, comportementaux et dispositionnels sont impliqués dans la détermination de l'efficacité ou l'inefficacité des stratégies mise en oeuvre par les patients ; les modèles -cité dessus- ont recensés certains facteurs tel : la dramatisation ou catastrophisme, la distraction, la réinterprétation des sensations douloureuse, la prière, l'ignorance (Coping Strategies Questionnaire) ; la peur de la douleur et du mouvement (le Fear of Pain Questionnaire) ; l'acceptation de la douleur (Chronic Pain Acceptance Questionnaire) ; l'évitement, l'exercice et la recherche de soutien pour faire face à la douleur (Chronic Pain Coping Inventory)... .

Les recherches étudiant le lien entre douleur et stratégies de coping ont montré que les stratégies actives (par exemple la diversion de l'attention ou la réinterprétation des sensations) sont généralement associées à certaines mesures d'ajustement telles que les affects positifs, un meilleur ajustement psychologique et une diminution de la symptomatologie dépressive, (Dany et al ; 2008). « La réinterprétation » aide le sujet à tenter de percevoir ses douleurs en des termes différents de ceux habituellement utilisés pour

décrire le phénomène douloureux : *« j'essaie de prendre de la distance par rapport à ma douleur »* ; « L'acceptation » aide à s'impliquer dans les activités habituelles de la vie quotidienne et à poursuivre, malgré la douleur, ses buts existentiels. (Radat, et Koleck, 2011).

Les stratégies passives (par exemple la dramatisation ou la prière) sont, quant à elles, associées à des issues non adaptatives telles que l'augmentation de la douleur et de la symptomatologie dépressive (Dany et al ; 2008). Ces dernières années, beaucoup d'études ont montré que la « dramatisation, Catastrophisme » est une variable permettant de prédire l'état des douloureux chroniques, c'est un facteur de mauvaise adaptation à la douleur (Radat, et Koleck, 2011). La dramatisation est la tendance à se focaliser sur la douleur et l'exagérer, il y a une attente négative du devenir de la douleur, elle est considérée comme une stratégie de coping, une émotion et une distorsion cognitive. (O'Reilly, 2011). Elle a un impact important sur la détresse psychologique et l'apparition d'une dépression (Radat, et Koleck, 2011). L'étude de (Rouxel, et al, 2012) a aussi confirmé que l'utilisation de la stratégie « catastrophisme » est liée à un niveau plus élevé d'interférence de la douleur dans la vie et de détresse émotionnelle, ce qui va dans le sens d'un moins bon ajustement psychologique à la douleur. On outre le statut de « Prière » -comme stratégie passive - dans l'expérience douloureuse, reste encore controversé, l'étude de (Dany et al ; 2008) a montré que plus les patients mettent en œuvre la stratégie de type « Prière », moins ils ont un niveau de dépression élevé. De même l'étude de (Rouxel, et al, 2012) à montrer que la stratégie « Prière / Espoir » n'a pas été liée à : l'intensité à la douleur, interférence sur vie, contrôle sur vie, détresse émotionnelle ; il a été conclu qu'on ne peut donc assimiler le caractère passif d'une stratégie à un mauvais ajustement à la douleur.

D'autre part il est important de signaler que certaines stratégies perçues négatives en général peuvent avoir un rôle adaptatif important -notamment dans le cas d'utilisation de mesures génériques pour l'évaluation de la douleur -. Plusieurs études considèrent le coping centré sur l'émotion et le coping évitant comme inefficace et passif en raison de l'accompagnement le plus souvent à des comportements à risques. En outre le coping émotionnel et évitant ne s'avère pas nocif et inefficace dans tous les cas et dans toutes les situations notamment dans le champ de la maladie chronique et certaines maladies ; plusieurs auteurs (Lazarus et Folkman, 1984 ; Paulhan, 1992) ont illustrés l'efficacité de certaines stratégies dans des circonstances particulières. Une stratégie comme « l'ignorance » (perçu en général comme inefficace voir nocive si persistante) va dans le sens d'un bon ajustement psychologique à la douleur du fait l'existence d'une corrélation négative avec la dépression ainsi qu'avec l'intensité douloureuse ressentie en général. L'étude de (Dany et al, 2008) a révélé que plus les patients ont recours à une stratégie de type « ignorance », moins ils sont anxieux et moins la douleur perçue en général est intense. De plus dans le

cadre de la psychologie de la santé le terme « déni » n'est pas employé dans le sens d'un mécanisme de défense pathologique comme l'entend Freud et d'autres auteurs ; il permet de rendre les menaces plus tolérables mais également plus simples à gérer. Il participe au processus d'adaptation et peut avoir, selon les individus, différentes séquences et intensités. Par conséquent, il peut permettre à l'individu de mesurer la gravité de la situation, tout en lui évitant d'être submergé par l'impact psychique de la maladie et de ses conséquences. (Fischer ,2002).

Paulhan (1992) a illustré la possibilité d'action de ce genre de stratégies qui consiste à :

➤ La modification de l'attention en la détournant de la source du stress, Il peut s'agir d'activités de substitution comportementales ou cognitives (activités sportives, jeux, relaxation, loisirs) destinées à liquider la tension émotionnelle et aider ainsi l'individu à se sentir mieux.

➤ L'altération de la signification subjective de l'événement en ayant recours à des activités cognitives apparentées au déni telles que : la prise de distance par la distraction (penser à quelque chose d'agréable), l'exagération des aspects positifs d'une situation, l'humour, la sous-estimation des aspects négatifs de la situation...

Par ailleurs ; dans le domaine du coping émotionnel Stanton et ses collaborateurs ont critiqué les échelles traditionnelles qui évaluent le coping émotionnel souvent contaminées par la présence d'items liés à des symptômes psychopathologiques tel que« *je suis bouleversé et je révèle mes émotions aux autres* » qui confond les aspects de détresses et d'expression émotionnelle.(Luminet, 2008).

L'étude effectuée par (Stanton et al., 2000) qui avait pour but de valider «l'Emotional Approach Coping Scale »,a montré que le coping émotionnel est plus utile lorsque la situation stressante est perçue relativement incontrôlable, les résultats de l'étude ont révélé que le processus émotionnel est associé à deux indices d'ajustement psychologique,(l'espoir et l'instrumentation) ; et négativement associé au névrosisme, à l'anxiété et aux symptômes dépressifs chez les femmes ; de plus, l'expression des émotions est reliée à la satisfaction de la vie tant chez les hommes que chez les femmes ; cependant les femmes utiliseraient davantage le coping émotionnel que les hommes.

Ainsi on ne peut affirmer que les stratégies actives soient toujours fonctionnelles ni que les stratégies passives et émotionnelles soient systématiquement dysfonctionnelles notamment dans le champ de douleur chronique. On assiste actuellement à des interventions qui visent à améliorer le coping centré sur l'émotion ; Fischer(2002) considère ce genre d'interventions comme des interventions psychologiques qui ont pour but de stimuler les processus d'acceptation de la maladie et d'adaptation psychologique afin de réduire les conséquences psychologiques et sociales



de la maladie et/ou du traitement médical, et de neutraliser les changements négatifs dus à la maladie, changements qui altèrent les perspectives futures. Ces interventions peuvent s'agir de programmes de gestion de stress tels que la relaxation, la restructuration cognitive ou encore l'expression émotionnelle.

Les résultats des études présentées montrent le rôle important des stratégies de coping et leurs effets (positifs/négatifs) sur la qualité de vie (bien que la plupart n'ont pas utilisé des échelles de qualité de vie), cependant toutes les variables testées font partie intégrante de la qualité de vie du moment où l'évaluation de cette dernière - qualité de vie - se structure au minimum autour de trois ou quatre dimensions : domaine physique, psychologique, social...). Arrivé à cette conclusion, nous allons expliquer les voies d'influences.

## **5. Voies d'influences des stratégies de coping sur la qualité de vie**

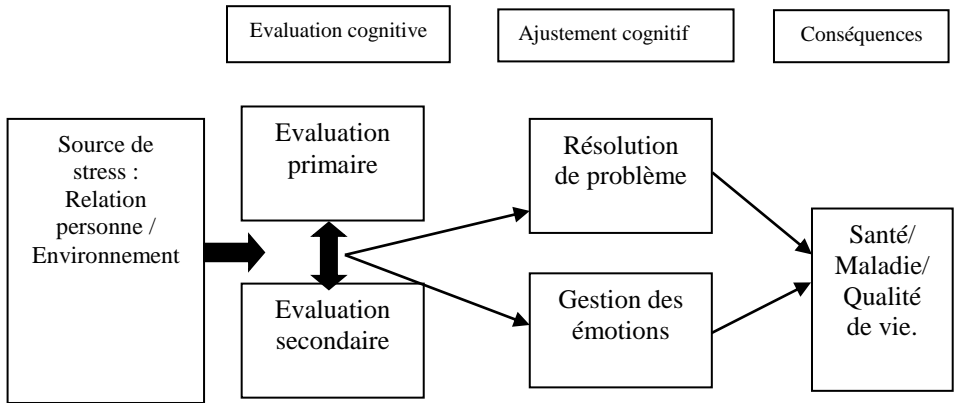
L'originalité du modèle transactionnel est la prise en compte de l'interaction entre l'individu et son environnement, appelée « transaction », quel que soit le type ou la spécificité des stratégies élaborées ; face à un événement stressant tel que la maladie ou la douleur chronique, l'individu fait recours à différentes activités (cognitives, comportementales, émotionnelles, physiologiques...) ; de ce fait les stratégies de coping sont des processus dynamiques médiatisés par deux autres processus : l'évaluation cognitive de l'événement (primaire, secondaire) , et l'élaboration des stratégies de coping qui sont déterminées à la fois par les caractéristiques situationnelles et personnelles ; ce modèle prend en compte la complexité des relations entre le physique et le psychologique . Le modèle transactionnel a été complété par le modèle de la psychologie de la santé qui prend en compte d'autres déterminants et facteurs. Nous présentons ci-dessous les voies d'influences du coping sur la qualité de vie selon ces deux modèles:

### **5.1. Les voies d'influences selon le modèle Transactionnel**

Selon le modèle de Lazarus et Folkman (1984), les facteurs (environnementaux, dispositionnels) ont des effets indirects sur la qualité de vie, effets qui transitent par des processus transactionnels. Une transaction entre individu et environnement est l'ensemble des processus (perceptifs, cognitifs, émotionnels, comportementaux) par lesquels un sujet placé dans une situation aversive, tente de la modifier et/ou de se modifier lui-même.

Ces processus peuvent moduler l'impact de divers antécédents personnels et situationnels sur des critères adaptatifs (santé, bien-être, réussite dans une tâche,...),(Bruchon-Schweitzer, 2003) ; autrement dit qualité de vie en général. (Voir Fig.1)

**Figure (1) : Modèle Transactionnel**



**(Lazarus&Folkman, 1984)**

D'un point de vue méthodologique les stratégies de coping sont considérées comme des variables médiatrices. La variable médiatrice est une variable qui amplifie la relation entre le prédicteur et le critère.

En effet d'après ce modèle la relation avec un environnement toujours changeant, l'individu est un agent actif, car il peut, en interprétant la situation et en agissant sur elle, la modifier en retour. Dans ce sens, la variable médiatrice n'intervient que dans le cadre strict de la transaction personne-environnement. Elle transforme l'évaluation première de l'événement stressant et l'émotion qui l'accompagne (effet feedback). Le processus de stress peut donc se concevoir comme une juxtaposition de variables médiatrices en action sous l'influence des variables indépendantes (dispositionnelles et situationnelles), et produisant des conséquences plus ou moins nocives sur la santé. Les variables médiatrices principales sont le stress perçu, le contrôle perçu et le coping. (Rasclé, & Irachabal, 2001).

Selon Varescon, & Sultan (2018) le coping d'après ce modèle se focalise essentiellement sur le rôle des processus d'évaluation et les stratégies de coping et minimise ou occulte le rôle de d'autres déterminants de la santé.

Il semble que le modèle qu'on va présenter dessous est plus globale et implique plusieurs déterminants.

## **5.2. Voies d'influences selon le modèle de la psychologie de la santé**

Le modèle de la psychologie de la santé s'intéresse aux voies directes et indirectes par lesquelles les facteurs (salutogènes et pathogènes) affectent la santé ; pour compléter le modèle transactionnel du stress et du coping ; Bruchon-Schweitzer et al ; ont élaboré le modèle TIM, « Transactionnel Intégratif et Multifactoriel », il est transactionnel car il inclut les principaux processus élaborés pour faire face aux situations aversives : stress, contrôle, soutien, coping, et il inclut les apports des modèles sociocognitifs, notamment les représentations de la santé et de la

maladie, complété par les déterminants sociaux de la santé et les antécédent dispositionnels ainsi que par ce qui les suit, issues favorables ( santé, bien être, qualité de vie...) et défavorables (initiation et évolution d'une pathologie, mortalité). Il est intégratif parce qu'il inclut des composantes de nature différentes (psychologique, sociale, économique, médicale, biologique) et multifactoriel car il comprend des facteurs ayant des fonctions différentes (prédicteurs, transactions, critères). (Bruchon-Sweitzer, & Boujut, 2014).

Ce modèle intègre divers facteurs :

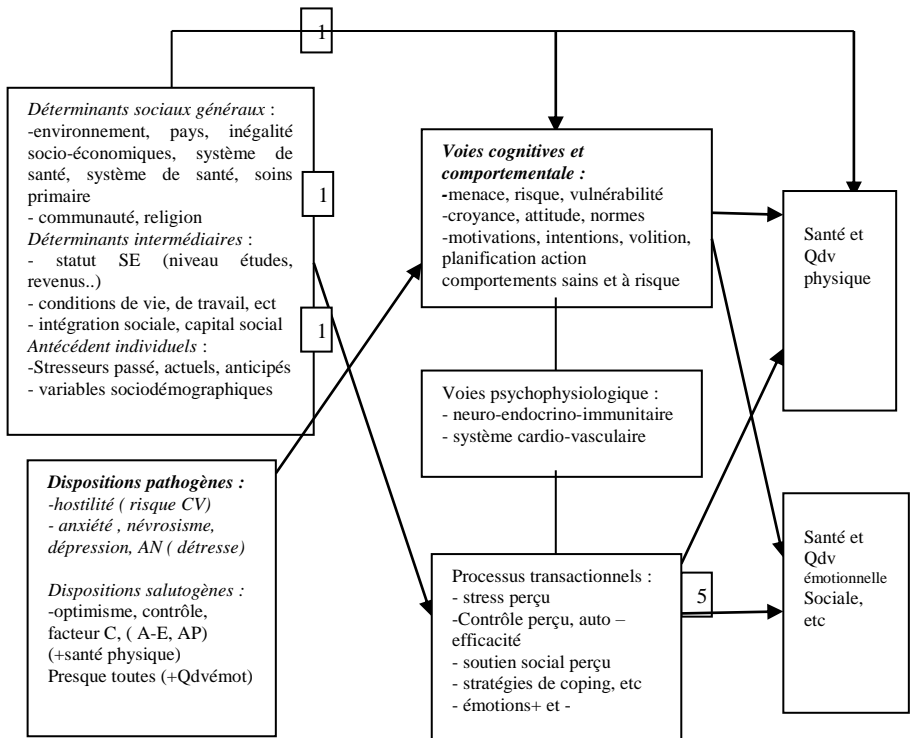
-les antécédents: sociodémographiques et environnementaux (sexe, âge, profession, événement de vie, etc.) et individuels (personnalité, caractéristiques médicales, etc.) ;

-les processus transactionnels déjà cité auparavant ;

-les issues de santé (état de santé physique, qualité de vie, survie à une maladie, détresse émotionnelle, bien-être, suivi des recommandations des professionnels de santé, etc.). (Voir Fig.2).

Dans ce modèle multifactoriel de la psychologie de la santé, les modérateurs (antécédents, personnalité) et médiateurs (stress perçu, coping) sont pris en compte pour expliquer l'ajustement individuel. ( Rasclé, & Irachabal, 2001).

**Figure (2) :Modèle Transactionnel Intégratif et Multifactoriel de la psychologie de la santé**



(Bruchon-Sweitzer, & Boujut, 2014)

Varescon, & Sultan (2018) ont illustré le processus des stratégies de coping d'après ce modèle comme suit :

Un individu confronté à l'annonce d'une maladie grave par exemple (ou douleur chronique) ; il évaluera la situation et y réagira différemment en fonction de ses antécédents personnels (s'il a déjà été gravement malade auparavant ou non), des événements auxquels il a été confronté dans sa vie (si quelqu'un de sa famille a déjà eu ce problème de santé) et de sa personnalité (s'il est plutôt de nature optimiste ou pessimiste). Toutes ces variables vont influencer la qualité de vie.

Ce modèle a l'avantage d'être composé de nombreuses variables qui vont influencer les issues.

## **6.Conclusion**

Cet article a fait brièvement le point sur l'efficacité de certaines stratégies spécifiques à la douleur décrites dans les écrits scientifiques et de leur effet sur la qualité de vie. Les résultats recensés indiquent qu'il y a un consensus à considérer la stratégie « dramatisation/ catastrophisme » inefficace, dysfonctionnelle et nocive en raison de la focalisation et l'exagération de la douleur, et l'association aux issues non adaptatives. Par ailleurs ; pour les autres stratégies les résultats obtenus en général confirme la constatation déjà évoquée par plusieurs auteurs : aucune stratégie n'est efficace en soi, c'est la transaction entre les caractéristiques personnelles de l'individu et les particularités de la situation qui détermine l'efficacité ou l'inefficacité d'une stratégie ; de plus dans le domaine de la douleur, certaines stratégies perçues négatives peuvent avoir un rôle adaptatif et permettent de comprendre de nombreuses situations cliniques. Cependant l'hétérogénéité des résultats nous emmène à rester prudent et à ouvrir le champ de réaliser d'autres études en s'appuyant sur le modèle de la psychologie de la santé qui est modèle transactionnel intégratif et multifactoriel et qui s'intéresse aux issues de la santé ; sa particularité consiste à la prise en compte de la transaction et l'interaction entre différents facteurs, antécédents, dispositions qui vont déterminer le choix d'une stratégie et son efficacité : les stratégies de coping se traduisent en outre par des attitudes et comportements plus ou moins pathogènes ou salutogènes qui vont influencer les issues : santé, qualité de vie, bien-être...

La connaissance de certains types de stratégies est utile pour envisager la prise en charge adéquate des patients souffrant de douleur chronique dans les aspects physiques et psychologiques, dans la gestion des émotions négatives, et dans l'amélioration de la qualité de vie en général.

## Références

- Bruchon-Sweitzer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé : concepts, méthodes et modèles*. (2e éd). Paris: Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2003). Au-delà du modèle transactionnel. *Vers un modèle intégratif en psychologie de la santé*. [http://www.pur-editions.fr/couvertures/1223045972\\_doc.pdf](http://www.pur-editions.fr/couvertures/1223045972_doc.pdf).
- Dany, L., Apostolidis, T., Blois, S., Roussel, P., & Carayon, S. (2008). Douleur, stratégies d'ajustement et détresse psychologique. Analyse complémentaire sur la validité française du copingstrategies questionnaire. *Douleur et analgésie*, 21(4), 227-234. doi : 10.1007/s11724-008-0102-7.
- Dobkin, P. L., & Boothroyd, L. J. (2006). *Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse): organisation des services de santé*. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé Québec.
- Fischer, G. N. (2002). *Traité de psychologie de la santé*. Paris :Dunod.
- International Association of Study of Pain - IASP-. (2009). Faire face à la douleur- version française-, *Clinical updates*, 18(5), 1-9. <http://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/index.aspx?ItemNumber=756>.
- Irachabal, S., Koleck, M., Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2008). Stratégies de coping des patients douloureux: adaptation française du copingstrategies questionnaire (CSQ-F). *l'Encephale*, 34(1), 47-53. doi: 10.1016/j.encep.2006.11.002.
- Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., & Bourgeois, M. L. (2003, December). Stress et coping: un modèle intégratif en psychologie de la santé. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 161, No. 10, pp. 809-815). Elsevier Masson.
- Lazarus, R.S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Luminet, O. (2008). *Psychologie des émotions: confrontation et évitement*. (2e éd). Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). Classification of chronic pain, IASP Task Force on Taxonomy. *Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press (Also available online at www.iasp-pain.org)*.

- O'Reilly, A. (2011). La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique : une revue de travaux, *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 21(4), 126-131. doi:10.1016/j.jtcc.2011.08.003.
- Paulhan, I.(1992 ) .Le concept de coping. *L'année psychologique*, 92 (4), 545-557. doi : 10.3406/psy.1992.29539. doi : 10.3406/psy.1992.29539.
- Radat, F., &Koleck, M. (2011). Douleur et dépression: les médiateurs cognitifs et comportementaux d'une association très fréquente. *L'Encéphale*, 37(3), 172-179.doi: 10.1016 /j. encep.2010.08.013.
- Rasclé, N. et Irachabal,S .( 2001). Médiateurs et modérateurs : implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé, *Le travail humain*, 64(2), 97-118.doi : 10.3917/th.642.0097
- Rouxel,G., Le Helias, L., Mury, S .(2001).Douleur chronique et coping :Concomitant psychologiques, Contextuels et démographique, *Question de psychologie différentielle* (p397-402).Renne:PUR.
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., &Danoff-Burg, S. (2000). Coping throughemotionalapproach: scale construction and validation. *Journal of personality and social psychology*, 78(6), 1150- 1169.
- Varescon, I., & Sultan, S. (2018). *Psychologie de la santé*. Presses Universitaires de France.
- WHOQOLGroup , (1998 ). Development of the World HealthOrganization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *PsychologicalMedicine*, 28, 551-558.