

Chapitre 2 : Comportements de santé



Dr : Ait-aldjet Megdouda

Département de psychologie
et Orthophonie

Faculté des sciences
humaine et sociales

Université Abderrahmane
Mira de Bejaia

E-mail : megdouda.
aitaldjet@univ-bejaia.dz

1.0
2025

Table des matières

I - Préface	4
II - Les comportements sains	5
1. Définition	5
2. Exemples concrets	5
3. Facteur qui influencent ces comportements	5
4. Pourquoi certaines personnes adoptent facilement ces comportements, et d'autres non ?	5
5. Quels sont les obstacles psychologiques qui empêchent l'adoption de comportements sains ?	6
III - Les comportements pathologiques	7
1. Définition	7
2. Exemple cliniques	7
3. Origines possibles	7
4. La place du psychologue dans la prévention	8
4.1. Prévention primaire	8
4.2. Prévention secondaire	8
4.3. prévention tertiaire	8
4.4. Modalité d'intervention du psychologue face aux comportements à risque	8
IV - L'observance thérapeutique	9
1. Les modèles théoriques relatifs à l'observance thérapeutique	10
1.1. Le modèle de compliance en santé	10
1.2. Modèle de prédiction des comportements de santé	11
1.3. Le modèle systémique de soins préventifs (MSSP)	11
2. Les types de non-observance	13
2.1. l'observance erratique	13
2.2. l'observance délibérée	13
2.3. Les différentes formes de non-observance, tire de Munzenberger et al 1996	13
V - La personnalité positive	14
1. Traits principaux d'une personnalité positive	14

VI - Gestion du stress et stratégies d'adaptation

15

1. Les stratégies d'ajustement ou coping	15
2. Historique de la notion de coping	15
2.1. Coping et défense	15
2.2. Coping et adaptation	16
3. L'approche transactionnelle du stress et du coping	16
3.1. Définition	17
3.2. Un processus séquentiel	17
4. Les déterminants du coping	17
5. Les déterminants dispositionnels du coping	17
6. L'évaluation du coping général : quelques instruments	17

I Préface

La santé ne dépend pas uniquement de facteurs biologiques ou médicaux, mais aussi des comportements quotidiens que les individus adoptent face à leur corps, leur environnement et leur mode de vie. Ce chapitre explore les différentes formes de comportements de santé, qu'ils soient bénéfiques ou nuisible, et met en lumière leur rôle central dans la prévention, le traitement et la qualité de vie. Il aborde également l'importance de l'observance thérapeutique, de la personnalité positive et la gestion du stress comme leviers psychologiques pour maintenir ou restaurer la santé. A travers une approche intégrative, ce chapitre invite à réfléchir sur les choix individuels et les influences sociales qui façonnent notre rapport à la santé.

II Les comportements sains

1. Définition

ce sont des comportements qui contribuent à maintenir ou améliorer la santé physique et mentale.

2. Exemples concrets

- Activité physique
- Alimentation équilibrée
- Sommeil réparateur
- Bonne hygiène de vie
- Gestion du stress (relaxation, méditation)
- Respect des traitements médicaux

3. Facteur qui influencent ces comportements

- Motivation personnelle
- Niveau d'éducation et d'information
- Soutien social (famille, amis)
- Croyances et représentation de la santé
- Accès aux ressources (soins, alimentation, sport)

4. Pourquoi certaines personnes adoptent facilement ces comportements, et d'autres non ?

Cela dépend de plusieurs facteurs :

Motivation personnelle : une personne qui veut rester en bonne santé est plus engagée.

Connaissances et croyances : si elle comprend les bénéfices de l'exercice ou d'une bonne alimentation, elle est plus susceptible d'agir.

Soutien social : être entouré de proches qui encouragent les bonnes pratiques facilite l'adoption.

Expériences passées : une personne ayant vécu une maladie peut être plus vigilante.

Facteurs socio-économiques : le manque de moyens ou d'accès peut limiter les choix sains

5. Quels sont les obstacles psychologiques qui empêchent l'adoption de comportements sains ?

Stress et anxiété : peuvent pousser à des comportements compensatoires (alimentation excessive, tabac).

Manque de confiance en soi : certaines personnes pensent qu'elles ne peuvent pas changer.

Croyances irrationnelles : comme je suis en bonne santé, je n'ai pas besoin de faire du sport.

Troubles mentaux : la dépression, par exemple, diminue la motivation et l'énergie.

III Les comportements pathologiques

1. Définition

ce sont des comportements qui augmentent le risque de maladie ou qui aggravent un état de santé existant.

2. Exemple cliniques

Trouble alimentaire (boulimie, anorexie)

Comportements violents ou impulsifs

Tabagisme, alcoolisme

Déni de la maladie ou non-respect des consignes médicales.

3. Origines possibles

Troubles psychiques (dépression, anxiété, trouble de la personnalité)

Traumatisme ou histoire personnelle difficile.

4. La place du psychologue dans la prévention

4.1. Prévention primaire

éviter l'apparition de la maladie

Action éducatives : informer sur les comportements sains (alimentation, sommeil, activité physique, gestion du stress).

Renforcement des compétences psychosociales : aider les individus à développer l'estime de soi, la communication, la gestion émotionnelle.

4.2. Prévention secondaire

détecter et intervenir précocement

Intervention brèves : techniques de relaxation, entretiens motivationnels, soutien psychologique.

Orientation vers les soins adaptés : collaboration avec médecins, infirmiers.

4.3. prévention tertiaire

limiter les complications et améliorer la qualité de vie.

Accompagnement des patients chroniques : diabète, cancer, maladie cardiovasculaires.

Soutien à l'observance thérapeutique : aider le patient à comprendre et suivre son traitement.

Le psychologue de la santé est un acteur clé de la prévention. Il agit à tous les niveaux pour promouvoir le bien-être, prévenir les risques, détecter les troubles et accompagner les patients dans leur parcours de soin. Son approche est globale, centrée sur la personne, et s'appuie sur des outils scientifiques et rationnels.

4.4. Modalité d'intervention du psychologue face aux comportements à risque

- Ecoute active et empathie : comprendre les raisons profondes du comportement.
- Éducation à la santé : informer le patient sur les conséquences et les alternatives.

Renforcement positif : valoriser les petits progrès.

Thérapies cognitivo-comportementales : pour modifier les pensées et habitudes.

Travail sur la motivation : utiliser des techniques comme l'entretien motivationnel.

Collaboration avec d'autres professionnels.

IV L'observance thérapeutique

-l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (OMS, 1998, recommandation HAS 2007).

-une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions mais n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient.

La non-compliance/non-observance :

Fait référence au fait de ne pas se conforme ou ne pas suivre les règles, les instructions, ou les recommandations, cela peut s'appliquer à différents domaines, comme la santé

Par exemple : si un patient ne prend pas ses médicaments conformément à la prescription du médecin cela peut-être considère comme un non-compliance/non-observance

-près de 8000 articles, en majorité anglo-saxons ont été publiés sur ces thèmes avant 1990 et environ 4000 depuis ces dix dernières années.

On montre ainsi que plus 80% des patients souffrant de maladies chroniques, telles que le diabète, l'asthme, l'hypertension ne suivent pas correctement leur traitement.

C'est-à-dire de façon suffisante pour atteindre un bénéfice thérapeutique optimal.

Les troubles psychiatriques telles que là :

-Schizophrénie pour laquelle 73% des hospitalisations sont liées à un non-respect des prises médicamenteuses (Novak, 1999).

-la dépression, où seulement 74% des personnes sous antidépresseurs prennent correctement leurs médicaments c'est-à-dire en respectant le nombre de prises et la durée du traitement (Carney 1995).

1. Les modèles théoriques relatifs à l'observance thérapeutique

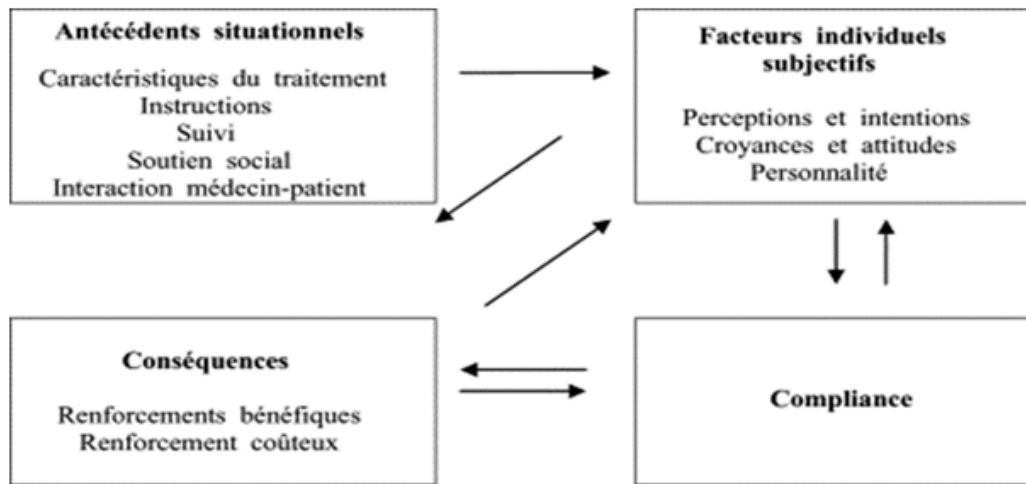
1.1. Le modèle de compliance en santé

Le Health Compliance Model (modèle de compliance en santé, HCM développé par Heiby et Carlston (1986) est une version complétée d'un modèle socio comportemental explicatif de l'observance aux recommandations d'exercices physiques réguliers. Le HCM se veut explicatif des comportements relatifs au suivi des traitements médicaux, qui est présente comme dépendant à la fois de facteurs situationnels antécédents) et des conséquences qu'impliquent pour le patient la prise des médicaments par exemple. Ces conséquences sont définies tant en termes de contexte objectif Que de perception subjective de ce contexte par le patient.

Le HCM a été le premier modèle à prendre en compte la manière dont les sujets vivent et ressentent leur observance à travers les effets (conséquences immédiates ou différées) que celle-ci a sur leur vie (fig.1).

Ce modèle comprend trois types de variables :

- les variables dites antécédentes ou situationnelles qui se déclinent selon plusieurs aspects, comme les caractéristiques du traitement (dosage, gout, couleur, complexité de la posologie, emballage du médicament), la qualité des instructions fournies (nature et objectifs du traitement, adaptation au mode de vie, le type d'instructions (écrit-verbal).
- L'adéquation de la communication (verbale et écrite), la facilité de compréhension et de lisibilité des instructions, le suivi du patient (quantité et fréquence des consultations...), le soutien social, familial, ainsi que la qualité de la relation entre le patient et le médecin.
- les facteurs individuels subjectifs impliquent quant à eux la perception que le patient a de sa situation de malade. Ce sont ses croyances, ses perceptions vis-à-vis de l'efficacité des traitements, le coût perçu, la gravité estimée et le degré de satisfaction qui est ici envisagé
- les conséquences concernent à la fois les bénéfices et l'inconvénient induire ou être induits en retour par les facteurs individuels subjectifs et par la compliance elle-même. Ces bénéfices peuvent être sociaux (valorisation par autrui), personnels (amélioration de l'état de santé, ou réduction des symptômes), voire financiers (gains économiques par l'arrêt de la cigarette). Les inconvénients sont du même registre, physiques (par l'aggravation de la situation du malade ou par l'augmentation de l'intensité ou du traitement) ou sociaux (par la stigmatisation que la maladie ou les symptômes peuvent impliquer pour le malade dans sa vie quotidienne). Bénéfices et inconvénients peuvent ici être immédiats ou différés !

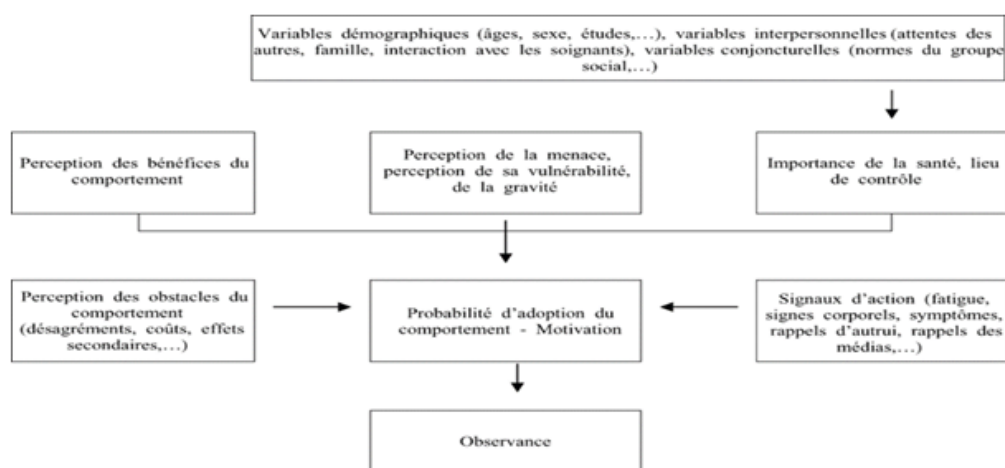


Modèle de compliance en santé (Heiby et Carlston 1986)

1.2. Modèle de prédiction des comportements de santé

Le modèle de prédiction des comportements de santé intègre plusieurs approches, théories et concepts isolés explicatifs de l'observance (et des comportements de santé en général). Il a été proposé par Pender (1975) et utilise avec une population de patients ayant fait l'objet d'un pontage cardiaque. Le MPCS se fonde principalement sur le modèle des croyances de santé (HBM) et y intègre des facteurs issus de la théorie d'apprentissage social, du lieu de contrôle de la santé (HLC), et de plusieurs autres facteurs, originaux ou modifiés. Intégratif, le MPCS se compose de cinq catégories de facteurs :

- Les facteurs sociodémographiques (sexe, âge).
- les perceptions individuelles relatives à la santé, à la maladie et aux bénéfices du traitement.
- la perception des obstacles aux comportements de santé.
- les signaux d'action ou déclencheurs peuvent être considérés comme des indicateurs internes (fatigue, symptômes).
- la probabilité d'adoption du comportement de santé.



Modèle de prédiction des comportements de santé (MPCS)

L'objectif est d'assurer une compréhension plus juste de ce que vivent les patients confrontés à la maladie et qui ne manifestent pas toujours l'observance que l'on attend d'eux.

1.3. Le modèle systémique de soins préventifs (MSSP)

Le modèle for clinical prévention se veut un modèle intégratif, directement construit pour l'étude de l'observance, dans le cadre de la pratique clinique, même s'il intégré en son sein bon nombre de paramètres issus de la prévention. Pour ses auteurs le MSSP a la particularité de mettre en évidence les rôles respectifs du patient et du médecin (soignant) dans l'émergence des conduites de prévention et d'observance.

Le modèle a été conçu, en 1992, par Walsh et McPhee à partir du HBM et des modèles de Bandura (1977) et de Fishbein et Ajzen (1975). Le MSSP distingue trois catégories de facteurs (prédisposant, facilitants, renforçant) et y intégré les facteurs relatifs au soignant. En outre, il ajoute des facteurs organisationnels, des facteurs liés au comportement de prévention, et des facteurs situationnels (fig.2).

Pour les patients les facteurs prédisposant concernent aussi bien les caractéristiques sociodémographique (sexe, âge, statut...), les croyances et attitudes (croyance religieuses ou culturelles, les peurs, les motivations de l'individu, les attitudes à l'égard de la prévention, le sentiment d'auto-efficacité et de contrôle par rapport à la maladie, ainsi que la valeur accordée à la maladie). Pour les médecins les facteurs prédisposant incluent des paramètres

Similaires à ceux des patients comme le sexe ou l'âge. Certains sont plus spécifiques comme les attitudes envers la prévention, la perception de son auto efficacité, la perception qu'il a de la motivation du patient et de son niveau d'information ou encore la perception de sa propre compétence médicale et de son rôle éducatif.

Les facteurs facilitants pour le patient concernent son habileté et ses ressources par rapport à l'observance, les connaissances à sa disposition, les facteurs physiologiques propres à chaque patient et logistiques en terme par exemple d'accessibilité matérielle aux soins (accès aux soins plus ou moins aisé, horaires...). Pour le médecin cela concerne plutôt ses compétences réelles en prévention (en éducation et formation), sa spécialité médicale, son degré

D'expertise technique (médicale), sa compréhension des buts et orientations de la prévention, cela concerne également les facteurs logistiques à sa disposition (temps, place, personnel, équipement, disponibilité de matériel éducatif).

2. Les types de non-observance

2.1. l'observance erratique

elle est liée au mode de vie et aux circonstances de la vie quotidienne.

2.2. l'observance délibérée

liée au déni de la maladie a la peur parmi les effets des médicaments concernant les effets secondaires ou des croyances personnelles, cependant il est important de discuter de ces préoccupations avec un professionnel de la santé entre le médecin et le patient pour prendre des décisions éclairées.

2.3. Les différentes formes de non-observance, tire de Munzenberger et al 1996

Gradation de la non-observance	Caractéristique
Les arrêts définitifs	Forme de non-observance la plus aigue Comportements non-observant les plus visibles : perdus de vue.
Les arrêts momentanés	Comportement décidés par les patients (ex : Pendant quelques semaines) Plus difficile à mesurer pour le médecin.
Les oublis Les prises groupées	Comportement les plus fréquents et difficilement visibles pour le médecin. La quasi-totalité des patients avoue oublier fréquemment ou occasionnellement leurs médicaments. -comportements moins fréquents prise de la totalité des médicaments en une ou deux prises par jour au lieu de trois.

V La personnalité positive

Le concept de "personnalité positive" désigne un ensemble de traits dispositionnels qui prédisposent qui prédisposent un individu à une meilleure adaptation face aux adversités, y compris la maladie. Parmi ces traits, l'optimisme dispositionnel (la tendance généralisée à anticiper des issues favorables) est l'un des plus étudiés. Les personnes optimistes tendent à adopter des stratégies de coping plus actives et centrées sur le problème, ce qui explique en partie leur meilleure santé cardiovasculaire et leur récupération post-chirurgicale accélérée. Un autre trait fondamental est l'auto-efficacité, c'est -à-dire la croyance en sa capacité à organiser et exécuter les actions nécessaires pour gérer des situations futures. Un patient ayant une forte auto-efficacité concernant sa maladie sera plus persévérant dans la gestion de son traitement. Enfin, le modèle des forces de caractère (VIA) identifie 24 traits universels (comme la curiosité, la gentillesse, la justice) dont l'identification et l'utilisation consciente sont corrélées à un bien-être supérieur et aident les individus à trouver du sens et des ressources dans l'épreuve :

Désigne un ensemble de traits et de comportements qui aident une personne à aborder la vie avec optimisme, résilience et bien-être.

1. Traits principaux d'une personnalité positive

Optimisme réaliste : voir le bon côté des situations sans ignorer les défis, et croire en sa capacité à les surmonter.

Résilience : capacité à rebondir après des échecs ou des difficultés, en les considérant comme des apprentissages.

Force caractère : utiliser ses qualités (créativité, bienveillance, courage).

VI Gestion du stress et stratégies d'adaptation

Le stress chronique nuit à la santé. Le psychologue enseigne des stratégies de coping : relaxation, respiration, pleine conscience, restructuration cognitive, résolution de problèmes.

L'objectif est de réduire la détresse, d'augmenter le sentiment de contrôle et de prévenir l'épuisement

1. Les stratégies d'ajustement ou coping

L'individu ne subit pas passivement les événements de vie aigus et chroniques mais essaye d'y « faire face » (to Copé). 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, « stratégie d'ajustement », est admis dans certains d'abord traduit par « dictionnaires français depuis 1999. Le concept de coping est extrêmement populaire depuis les années 1975 dans les pays anglo-saxons. Il a donné lieu à des milliers de travaux scientifiques. En France, il a commencé à être utilisé dans les années 1990 (Paulhan, 1992 : 1994 ; Cousson-Gélie et al., 1996) et est popularisé depuis une dizaine d'années.

Le coping peut prendre des formes très diverses. Il peut s'agir de cognitions (réévaluation de la situation stressante ou des ressources disponibles, restructuration cognitive, plans d'action...), d'affects (expression ou au contraire répression de la peur, de la colère, de la détresse...) ou de comportements (résolution de problème, recherche d'information, recherche d'aide, consommation de substances, activité physique...). Ainsi, par exemple, à l'annonce de résultats positifs suite à la biopsie d'une tumeur du sein, une patiente peut distordre la réalité et prétendre que ce n'est qu'un kyste « bénin », exprimer sa détresse ou sa colère, s'informer ou consulter d'autres spécialistes. Ces réactions permettent à une personne confrontée à l'adversité de tenter de transformer la situation et/ou de se modifier lui-même pour la rendre plus tolérable.

2. Historique de la notion de coping

Historiquement, la notion de coping est affiliée à celle de mécanisme de défense, développée depuis la fin du XIX siècle par la psychanalyse et à celle d'adaptation, développée depuis la seconde moitié du XIX siècle et commune à la biologie, à l'éthologie et à la psychologie animale, dont la perspective évolutionniste de Darwin en particulier

2.1. Coping et défense

Le concept de défense date de la fin du XIX siècle. Il est étroitement associé au développement de la psychanalyse, de la psychologie dynamique et de la psychologie. 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 déguster 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 contre les idées et affects intolérables, la répression apparaissant comme l'un des mécanismes de défense essentiels.

À partir des années 1960-1970, 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-clés 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 combattif, stoïcisme et impuissance- désespoir. La technique utilisée (entretiens cliniques) et ces dénominations marquent la transition entre les mécanismes de défense classiques et coping, notion alors en émergence.

Les différences entre mécanisme de défense et stratégie de coping pourraient être résumées de la façon suivante. Un mécanisme de défense est rigide, inconscient, indifférencié, lié à des conflits intrapsychiques 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 (relative à un problème 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 cette situation. Les stratégies de coping se différencient peu à peu des mécanismes de défense, notamment parce que ce sont des tentatives conscientes et volontaires pour affronter des problèmes actuels ou récents. Pour une synthèse des différences et convergences entre défense et coping, voir Chabrol et Callahan (2004).

2.2. 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 élaborés face aux difficultés de la vie.

Selon Lazarus et Folkman (1984), il convient de distinguer nettement coping et adaptation. L'adaptation est un concept très large, concernant toute la psychologie, voire même la biologie ; il inclut tous les modes de réaction des organismes vivants interagissant avec les conditions changeantes de l'environnement et, chez l'homme, les perceptions, émotions, motivations, apprentissages, etc. En revanche, le coping est un concept plus spécifique ; s'il inclut aussi les réponses d'ajustement des individus, il ne concerne que les réactions aux variations de l'environnement perçues comme menaçantes. De plus, l'adaptation implique des réactions d'ajustement stéréotypées et automatiques, alors que le coping comprend des réponses cognitives et comportementales conscientes changeantes, spécifiques et parfois nouvelles pour l'individu et pour l'espèce. Enfin la notion d'ajustement, flexible, est préférée aujourd'hui à celle d'adaptation, trop normative et finaliste.

3. 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 considérés (équilibre émotionnel bien-être, qualité de vie, santé physique...), une stratégie pouvant par exemple protéger l'individu contre les états émotionnels négatifs tout en nuisant à sa santé (alcoolisme, tabagisme...).

3.1. Définition

Lazarus et Folkman (1984) 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 ». Selon cette définition, le coping est un processus spécifique et constamment changeant, et non une disposition, caractéristique générale et stable. La théorie transactionnelle situe le coping au cœur de son modèle, où il est considéré comme un processus transactionnel entre individu et environnement, changeant sans cesse selon les moments, d'où une importante variabilité intra-individuelle. En revanche, le coping-trait appelé par certains auteurs < style de coping », est une tendance stable à adopter une certaine stratégie de coping face différentes situations ; Lazarus et Folkman (1984) ne le situent pas parmi les variables transactionnelles du modèle mais l'assimilent à une variable dispositionnelle. Nous y reviendrons dans la suite de ce chapitre

3.2. Un processus séquentiel

Le coping est un processus dynamique qui ne se réduit pas à une relation linéaire du type stimulus-réponse. Il est constitué en effet d'efforts cognitifs et comportementaux variant constamment en fonction des...

4. Les déterminants du coping

Selon l'approche transactionnelle, le coping est un ensemble de réponses à des situations stressantes spécifiques. C'est un processus dynamique qui change en fonction des situations et de la façon dont l'individu les évalue. Pour certains auteurs, les déterminants du coping sont dits positionnels (caractéristiques cognitives et conatives de l'individu), pour d'autres, le coping est déterminé par des caractéristiques situationnelles (nature du problème, contrôlabilité...)

5. Les déterminants dispositionnels du coping

Selon plusieurs auteurs, les stratégies de coping ne sont pas spécifiques mais générales (Trans situationnelles) car elles seraient déterminées par certaines caractéristiques dispositionnelles des individus (traits de personnalité) plutôt que par celles des situations, plus fluctuantes. Ces déterminants étant relativement stables, chaque individu mobilise préférentiellement certaines stratégies plutôt que d'autres face à la variété

6. L'évaluation du coping général : quelques instruments

Les outils d'évaluation du coping sont disparates, ce qui se conçoit puisqu'il s'agit d'un concept polysémique. Il peut comprendre des réponses émotionnelles, cognitives ou comportementales. Nous ne citerons ici que quelques-uns des outils les plus utilisés et dont les qualités psychométriques sont satisfaisantes. Ce bilan concerne les stratégies générales de coping, mais aussi des stratégies plus spécifiques utilisées face à certains stressors. Il existe aussi des échelles de coping spécifiques destinées à certaines populations.