

CONCEPTS, STRESS, COPING

Bruno Quintard
Maître de Conférences en Psychologie Différentielle de la Santé
Université Victor Segalen Bordeaux 2

LE CONCEPT DE STRESS ET SES MÉTHODES D'ÉVALUATION

INTRODUCTION

Depuis fort longtemps, l'humanité se préoccupe de la relation qui existe entre les modifications environnementales et la perte de santé. Hippocrate, il y a deux mille quatre cents ans, recommandait déjà aux médecins d'accorder leur attention à la qualité des vents, des eaux, à la saison de l'année et autres variations, pour comprendre les raisons de l'apparition des maladies (voir Amiel-Lebigre et al., 1993, p.9). Il posait, par là même, les fondements de la relation entre santé et environnement.

Au siècle dernier, certains médecins pensaient fermement que l'on pouvait mourir d'amour. Dès 1913, Meyer (cité par Rivolier, 1989) insistait alors sur l'importance de la biographie du sujet (« life chart ») comme outil diagnostic, et proposait une méthode cherchant à établir une relation entre les phénomènes biologiques (fragilité d'un organe cible), psychologiques (traits de caractère) et sociaux (événements de vie) et les processus de santé et de maladie chez l'homme. A la même époque, la psychanalyse et la biologie tentaient, chacune de leur côté, d'établir une relation causale entre stress (appelé « traumatisme psychique » pour les uns, « menace environnementale » pour les autres) et maladie, tandis que le courant hygiéniste arguait que le strict respect des règles d'hygiène était la condition sine qua non d'une bonne santé (voir Beauvillard, 1925).

Mots clés : stress - définition - approches - évaluation

Actuellement, le stress est reconnu pour être impliqué dans de nombreuses maladies, dites pluricausales, dans lesquelles il joue un rôle que certains qualifient de « permissif », d'autres de « déclencheur » de la maladie (Tache, 1978). En témoigne le nombre impressionnant de recherches (essentiellement anglo-saxonnes) effectuées ces dernières décennies sur les relations entre stress et maladies somatiques.

I. LE CONCEPT DE STRESS

1. Un terme polysémique

Étymologiquement (voir Stora, 1991), le mot stress vient du latin *stringere* qui signifie étreindre, serrer, resserrer, lier. Il a donné naissance en français à étreindre, entourer avec les bras en serrant étroitement (pour embrasser ou pour étouffer) et secondairement à détresse, sentiment d'abandon, de solitude ou d'impuissance que l'on éprouve dans une situation poignante (besoin, danger, souffrance). Apparue au XVII^{ème} siècle en Angleterre (et seulement au XX^{ème} en France), il était utilisé pour exprimer la souffrance et la privation résultant d'un vie éprouvante ; au XVIII^{ème} siècle, on observe une évolution sémantique de ce terme puisque l'on passe de la conséquence émotion-

LE CONCEPT DE STRESS ET SES MÉTHODES D'ÉVALUATION

nelle du stress à sa cause : une force, une pression produisant une tension et à plus ou moins long terme une déformation. On constate alors que le mot stress est souvent accompagné du terme « strain » signifiant : tension excessive conduisant à une rupture.

De nos jours, le stress est devenu un mot d'usage courant que les gens utilisent indifféremment, soit pour décrire les multiples événements et circonstances que leur impose la vie moderne (incertitude, attente d'un événement, confrontation à une situation imprévisible, etc...), soit pour exprimer les diverses conséquences émotionnelles que de tels événements peuvent induire. Doté d'une richesse sémantique impressionnante, on le retrouve au carrefour d'une multitude de disciplines aussi variées que la physique (le stress est la réaction d'un matériau à une force externe), la psychologie, la psychiatrie, la neurophysiologie, l'immunologie, la psychosociologie ou encore la psychanalyse.

Aussi n'est-il pas surprenant qu'un tel concept, à la fois scientifique et populaire, soit source d'ambiguïtés et de confusions, chacun lui conférant un sens très particulier : au sein de cette polysémie, les uns envisagent le stress comme une réaction de l'organisme (réponse de stress), les autres comme une cause, un facteur déclenchant, appelé selon les auteurs stresser (« stressor ») ou agent stressant (approche biologique), d'autres encore, comme un échange permanent, une transaction entre la personne et son environnement (approche transactionnelle). Certains enfin privilégient les stress psychiques alors que d'autres se limitent à une approche physiologique.

A la suite des premières tentatives de compréhension menées par le courant biologique, les nouvelles approches, cognitives et psychobiologiques, semblent avoir permis un progrès véritable des modèles explicatifs du stress. Ce sont ces diverses approches que nous allons présenter maintenant.

2. Le modèle physiologique du stress et le Syndrome Général d'Adaptation

Tenter d'expliquer expérimentalement les relations entre émotions et corps, tel fut l'objectif des physiologistes du début du XX^{ème} siècle. Cette démarche fut inaugurée par l'école pavlovienne (à partir de 1903)

qui propose une théorie générale de l'adaptation : le cerveau constitue l'organe unique de l'adaptation et remplit trois fonctions : analyser le milieu extérieur ; analyser le milieu intérieur ; réguler les comportements afin d'obtenir une adaptation optimale de l'organisme aux variations de ces deux milieux (homéostasie). Les très nombreuses expérimentations effectuées à partir du réflexe conditionné ont démontré l'existence d'un axe cortico-viscéral sous-tendant la régulation des conduites. Les conditions d'apparition de la maladie seraient ainsi en rapport avec un dysfonctionnement de cet axe qui, trop sollicité ou soumis à des stimuli paradoxaux (névrose expérimentale¹), ne peut plus assurer son rôle régulateur. Cette théorie constitue une première ébauche explicative des processus neurologiques du stress.

Sensiblement à la même époque, Cannon (voir Dantzer, 1989), étudiant les réactions de chats confrontés brutalement à des chiens, a pu mettre en évidence deux réactions comportementales basiques : l'attaque ou la fuite (« fight or flight »), chacune s'accompagnant de manifestations somatiques identiques dues à la libération dans le sang d'une hormone (adrénaline) sécrétée par la glande médullo-surrénale : accélération du rythme cardiaque et de la tension artérielle, piloérection, afflux du sang vers les muscles et le cerveau. Cet ensemble de manifestations, appelé par Cannon « syndrome d'urgence », est directement en rapport avec un renforcement des défenses de l'organisme pour rétablir l'homéostasie. Aux « théories périphériques » des émotions (les sentiments émotionnels trouvent leur origine dans l'excitation viscérale), développées antérieurement par James et Lange (voir Rivolier, 1989), va se substituer avec Cannon une « théorie centrale » de l'émotion : le lieu actif du mécanisme de l'émotion est le thalamus dont l'excitation déclenche à la fois une réaction neurovégétative et le sentiment subjectif de l'émotion.

Les travaux de Cannon ont par la suite ouvert la voie aux recherches de Hans Selye (1936, 1956) que l'on considère aujourd'hui comme le véritable fondateur de la théorie du stress. C'est en cherchant à identifier une hormone sexuelle préparée à partir d'extraits ovariens de bovins qu'il constata avec surprise que les animaux ainsi traités mouraient en grande majorité. A l'autopsie, ils présentaient des anomalies comparables à celles qu'il avait déjà eu l'occasion d'observer, au cours de sa pratique médicale, chez les grands brûlés, les victimes d'enlèvement ou

1 Ces névroses sont généralement produites par le couplage alternatif de stimuli douloureux (chocs électriques) et agréables (nourriture).

chez les polyfracturés : quelle que soit la nature de l'agression (traumatisme, froid, brûlure, etc...), il y avait de façon invariable des ulcères gastro-intestinaux, une régression du thymus et des ganglions ainsi qu'une hypertrophie des glandes surrénales (Dantzer, 1989, p.23).

Cette réponse unique, non-spécifique de l'organisme, visant à rétablir l'homéostasie, reçut le nom de Syndrome Général d'Adaptation (SGA). Celui-ci se déroule en trois temps (voir Figure 1) : la survenue d'une agression provoque dans l'organisme une réaction d'alarme (phase préparatoire de l'organisme à la riposte) qui tend à augmenter le degré de résistance de l'organisme. Si cette phase de résistance se prolonge trop (persistance de l'agression, ou succession d'agressions), l'organisme s'affaiblit et entre en phase d'épuisement.

Durant les deux premiers stades, deux systèmes réactionnels vont être sollicités : le système sympathique et médullo-surrénalien (libération d'adrénaline et de noradrénaline) et le système hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien (sécrétion de glucocortico-stéroïdes, de cortisol notamment). Mais si ces deux systèmes sont trop actifs (résistance excessive) ou trop sollicités (agressions répétées), des symptômes traduisant la surcharge des capacités d'adaptation peuvent apparaître (stade d'épuisement). C'est alors que peuvent survenir des désordres somatiques sous la forme d'ulcères gastro-duodénaux, d'hypertension artérielle, etc...

Pour Selye, le stress désignerait donc l'état réactionnel d'un organisme soumis à l'action d'un excitant quel-

conque qu'il nomme le « stresser » et dont la nature peut être physique, chimique aussi bien que psychologique. Par la suite, il développera la théorie selon laquelle il convient de distinguer deux types de stressers : l'« eustress » et le « distress », selon l'effet souhaitable ou non qu'induit l'événement. Dans cette perspective, le stress ne peut être évité et, qui plus est, il apparaît comme indispensable à la vie. Quoi qu'il en soit, il demeure clair que pour Selye, le stress est fondamentalement une réponse physiologique à l'agression : « c'est l'état se traduisant par un syndrome spécifique correspondant à tous les changements non-spécifiques ainsi induits dans un système biologique » (1956).

Ces travaux physiologiques sont d'un intérêt fondamental car ils ont été les premiers à démontrer qu'une émotion n'est pas un phénomène lié à la seule sphère psychodynamique (à l'instar des présupposés du courant psychodynamique), mais qu'elle a des répercussions sur le corps et qu'elle induit des modifications organiques en sollicitant les systèmes nerveux autonome et neuroendocrinien. Cependant, ce modèle biologique linéaire, dont l'idée dominante repose sur un schéma de causalité unidirectionnel de type stimulus-réponse (agression → réponse neurophysiologique → maladie), ne peut, à lui seul, rendre compte de la complexité des mécanismes à l'œuvre lorsqu'un sujet est confronté à une situation aversive. C'est pourquoi, cette conception classique du stress a cédé peu à peu le pas à une approche multifactorielle prenant en compte l'interaction entre personne et situation. C'est ainsi que l'intérêt des chercheurs, traditionnellement orienté vers des « causes » situées en amont, s'est infléchi vers le point de vue actuel de l'individu confronté

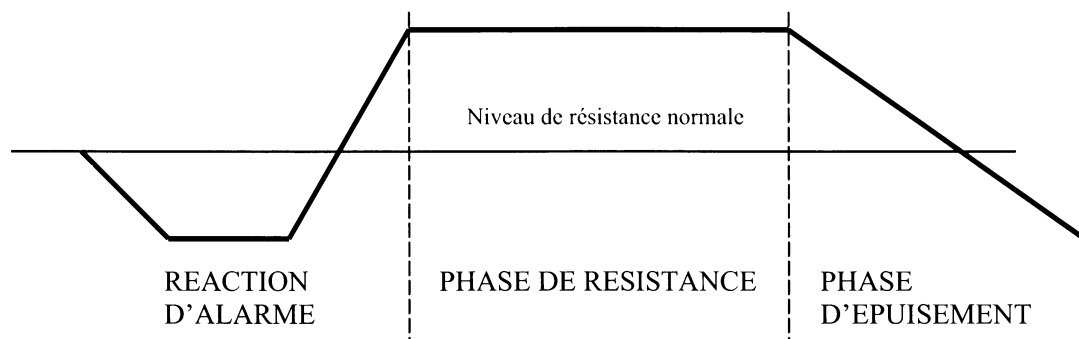


Figure 1. Les trois stades du syndrome général d'adaptation de Selye (1956) (d'après Quintard, 1994).

LE CONCEPT DE STRESS ET SES MÉTHODES D'ÉVALUATION

à un contexte stressant : comment perçoit-il la situation (stress perçu²) et évalue-t-il ses ressources (contrôle perçu³) pour y faire face ?

3. Le modèle transactionnel du stress

Ce modèle physiologique du stress proposé par Selye a été battu en brèche à partir des années soixante-dix, quand les neurophysiologistes se sont aperçus que les réactions hormonales (adrénaline, cortisol) ne sont pas purement réflexes mais qu'elles dépendent, notamment, de la situation des sujets et de leur degré d'excitation, c'est-à-dire de l'état émotionnel qu'induit le stress. En considérant l'action des émotions, on abandonnait ainsi ce modèle mécaniste et physiologique du stress pour lui substituer un schéma compréhensif beaucoup plus complexe, accordant aux facteurs subjectifs un rôle dans le déclenchement des réponses hormonales : un événement ne provoque une réponse de stress que parce qu'il survient de façon sou-

dain et inattendue ; la réaction de stress est alors d'autant plus intense que l'émotion engendrée par cet événement est forte (Dantzer, 1989). Les réponses physiologiques aux agressions ne sont donc pas stéréotypées (contrairement à la théorie de Selye). Certains facteurs vont, en effet, intervenir dans le choix du module physiologique et comportemental le plus apte à réagir à l'agression : la perception de la situation, sa nouveauté, la possibilité de la contrôler ou encore la capacité de prévoir l'évolution des événements. C'est ainsi que progressivement, avec l'apport des recherches en biopsychologie, le stress a été envisagé comme un processus multifactoriel ayant des composantes affectives, cognitives, sensorielles, viscérales, endocriniennes et comportementales, en interaction étroite les unes avec les autres (voir Figure 2).

Selon l'approche transactionnelle du stress, les stressors passeraient à travers une série de « filtres » qui auraient pour fonction de détourner, d'améliorer ou d'intensifier l'événement stressant et donc d'amplifier ou de diminuer la réaction de stress (voir Figure 3). Trois filtres principaux ont été identifiés (Rahe et Arthur, 1978 ; Paulhan,

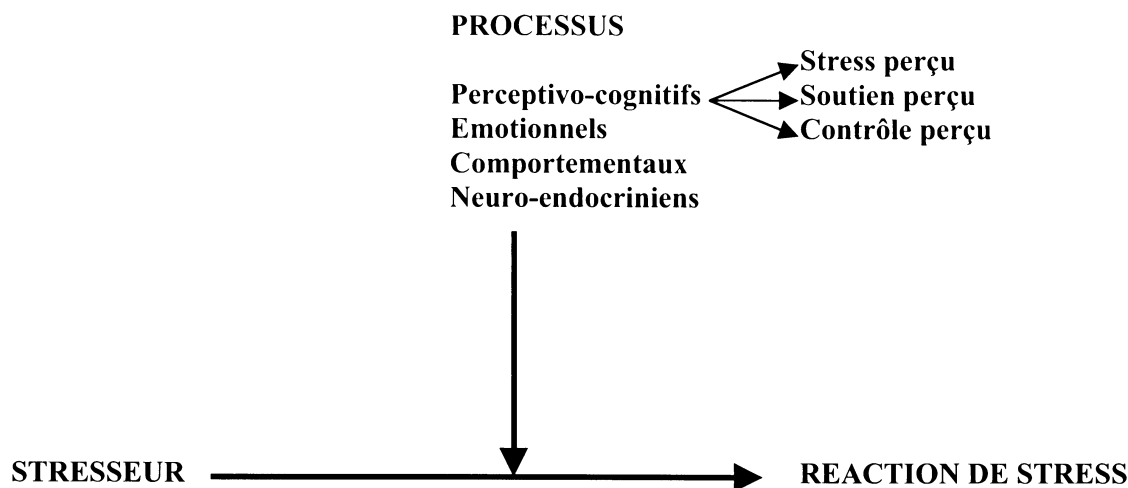


Figure 2. Approche transactionnelle du stress : un processus multifactoriel.

2 Stress perçu : façon négative de percevoir les situations de la vie, par exemple comme des menaces ou comme des pertes (plutôt que comme des défis ou comme des bénéfiques). Le stress perçu correspond à l'évaluation primaire dans le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman, (1984).

3 Contrôle perçu : croyance dans le fait que l'issue d'une situation ou d'un problème particulier dépend de soi (internalité) ou des facteurs extérieurs (externalité). Il existe, par exemple, un contrôle perçu de la santé que l'on peut évaluer par la MHLCS (Echelle Multidimensionnelle de Lieu de Contrôle de la Santé) de Wallston et al (1978) qui distingue l'internalité (I), la chance ou le destin (C) et les personnages puissants (P). Le contrôle perçu correspond à l'évaluation secondaire dans le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984).

1992) : la réaction de stress est fonction de la perception du stress, des mécanismes de défense du moi mis en œuvre par le sujet (dénégation, répression, etc...) et de ses efforts conscients entrepris pour tenter de faire face à la menace (stratégies de coping⁴).

Depuis quelques années, un consensus semble apparaître autour de la définition que Lazarus et Folkman (1984) donnent du stress : le stress consisterait en une « transaction entre la personne et l'environnement,

4. L'approche biopsychosociale de l'ajustement au stress

Dès 1968, les travaux de Mason puis de Weiss (1972) sur les rats, ont démontré que divers stressors physiques (chaud, froid, privation de nourriture, choc électrique, etc...) ne stimulaient pas le système hypophyso-corticosurrénalien (responsable de la libération de corticostéroïdes : corticotropine, cortisol) quand l'ani-

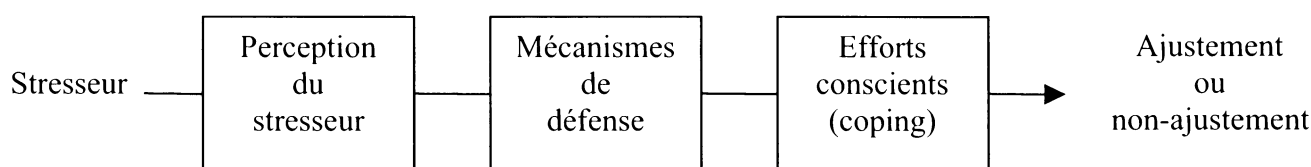


Figure 3. Les trois filtres principaux médiatisant la relation stressor-ajustement.(d'après Rahe et Arthur, 1978).

dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être ». Cette définition décrit le stress comme un processus dynamique qui inclut les stressors et les réponses mises en œuvre par le sujet, mais elle y ajoute la relation entre la personne et son environnement. Ce processus implique des interactions (ou négociations) continues et des ajustements appelés transactions. Dans cette perspective, l'individu est ainsi considéré comme un agent actif qui peut influencer l'impact d'un stressor par des stratégies cognitives, émotionnelles comportementales (« coping ») et somatiques. Ainsi, Sarafino (1990, p. 77), reprenant la définition de Lazarus et Folkman, conclut que le stress est la « résultante de transactions entre la personne et son environnement, qui conduisent l'individu à percevoir une discordance, réelle ou imaginée, entre les demandes d'une situation et les ressources de ses propres systèmes biologique, psychologique et social ».

mal pouvait contrôler la situation (faire tourner une roue pour mettre fin au stimulus menaçant). Seul le système sympathique et médullosurrénalien (responsable de la libération de catécholamines : adrénaline, noradrénaline, dopamine) était activé. En mettant en évidence un couplage étroit entre la réponse comportementale et son accompagnement physiologique, ces travaux ont permis de souligner les limites du modèle de Selye et de faire émerger une orientation psychobiologique dans les théories du stress.

Selon Dantzer (1989 ; 2001), le modèle psychobiologique le plus simple oppose deux stratégies élémentaires : les tentatives pour garder le contrôle, associées à une activation sympathique et médullosurrénalienne ; la résignation, associée à l'activation hypophyso-corticosurrénalienne. Cette dichotomie réactionnelle opposant l'actif au passif, proposée par Henry et al. (1977), a permis de démontrer que la répercussion d'agressions physiques ou psychologiques sur le système nerveux

⁴ Le coping est « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, permettant de gérer les exigences externes ou internes, spécifiques à une situation, qui entament ou excèdent les ressources d'une personne » (Lazarus et Folkman, 1984, p.14) La classification de ces auteurs distingue les stratégies de coping centrées sur le problème (plans de résolution du problème, combativité, affrontement, etc...) des stratégies de coping centrées sur l'émotion (évitement, fuite, minimisation du problème, etc...).

LE CONCEPT DE STRESS ET SES MÉTHODES D'ÉVALUATION

autonome et le système endocrinien dépend des capacités de contrôle de la situation. Pour les psychobiologistes, tout comportement susceptible de rectifier le déséquilibre physiologique en désactivant le système hypophyso-corticosurrénalien, pouvait être considéré comme une stratégie d'ajustement (« coping »). Ainsi, des indices objectifs de la réponse au stress ont pu être proposés : le rythme cardiaque et la pression artérielle (critères de l'activation du système sympathique et médullosurrénalien), et le cortisol présent dans le sang, la salive ou les urines (critère de l'activation du système hypophyso-corticosurrénalien). Il était désormais possible de vérifier l'efficacité de la stratégie de contrôle utilisée en mesurant objectivement la diminution de la tension engendrée par la situation stressante.

De nombreux travaux ont été réalisés sur l'homme à partir de ce paramètre de contrôlabilité (modalité active ou passive). Steptoe et al. (1985) ont par exemple montré que si l'on soumet des volontaires sains à des tests durant lesquels ils peuvent maîtriser la survenue de chocs électriques, ils présentent, en l'absence de toute activité physique, une activation sympathique (augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle). Selon Gunnar (1987) et Dantzer (1989a), cette activation sympathique correspond à la dimension d'effort, qui exprime le degré d'implication dans la tâche ainsi que la tension et la concentration nécessaires pour y faire face. Cette dimension d'effort s'opposerait à la dimension de détresse qui traduirait le degré d'insatisfaction, d'ennui, d'impatience et d'irritation des sujets, et serait associée à une activation hypophyso-corticosurrénalienne (voir Figure 4).

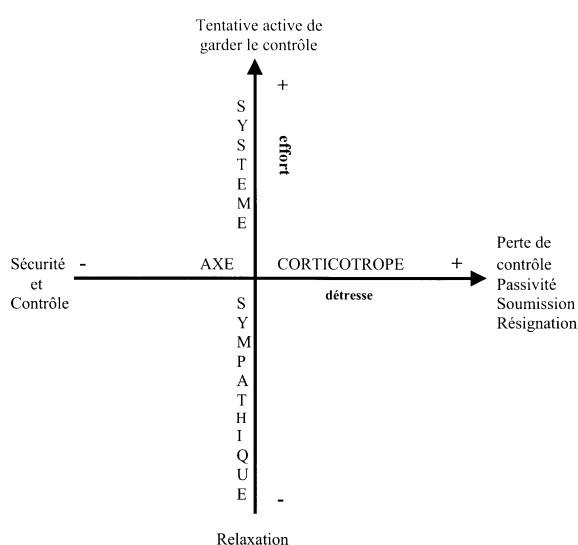


Figure 4. Espace bidimensionnel opposant l'absence de contrôle et la résignation aux tentatives de garder le contrôle (d'après Dantzer, 1989a).

Cependant, ces deux activations ne fonctionnent pas indépendamment l'une de l'autre mais sont en étroite interaction : un même sujet peut successivement passer du stade d'effort sans détresse, correspondant au contrôle actif, au stade d'effort avec détresse correspondant au contrôle contrarié, ou encore à celui de la détresse traduisant une absence de contrôle. Une augmentation en cortisol est alors observée dans les situations où l'individu reste passif (résignation), alors qu'une augmentation des catécholamines accompagne les situations qui nécessitent un effort physique et mental. Dans les cas où l'effort est contrarié se produit une libération conjointe de catécholamines et de cortisol (Engle, 1985).

Ce modèle dichotomique actif-passif permet de comprendre les raisons de l'interdépendance entre les sphères psychologique et biologique, qui reposerait notamment sur l'interaction entre deux systèmes de commande :

- un système activateur de l'action qui organise, principalement, les réactions de fuite et de lutte, ainsi que l'approche active, en présence de stimuli associés à une récompense ;
- un système inhibiteur de l'action sous-tendant l'inhibition comportementale qui apparaît chez un individu confronté à une punition ou à une situation qu'il ne peut maîtriser et à laquelle il est obligé de se soumettre. Ainsi, certaines maladies pourraient être attribuées à une hyperactivité du système activateur de l'action (maladies cardio-vasculaires) ou du système inhibiteur de l'action (ulcères gastro-duodénaux, cancers, maladies auto-immunes).

Un autre système physiologique a également été identifié comme étant sensible aux influences psychologiques : le système immunitaire (voir à ce propos la récente revue de question de Dantzer, 2001). Ainsi, la démonstration récente des inter-relations entre système neuro-endocrinien, système immunitaire et personnalité (qui constitue l'objet d'une discipline récente : la psychoneuroimmunologie) ouvre des perspectives particulièrement heuristiques pour mieux comprendre les mécanismes qui sous-tendent l'apparition et l'évolution de diverses maladies.

Toutes ces données confirment que la conception d'une réaction de stress unique (non-spécifique), servant de voie finale commune à l'impact des agressions sur l'organisme, est non-pertinente. Il convient donc de lui substituer la notion de « mosaïque de réactions, spécifiques de l'activation de certains systèmes, étroitement articulées à des modalités bien précises de

réponses comportementales » (Dantzer, 1989, p. 22). La réaction de stress, loin de constituer un invariant, s'est ainsi vu conférer un caractère hétérogène, comprenant non seulement des ajustements physiologiques et comportementaux, mais aussi des modifications des processus affectifs et cognitifs. Cependant, comme le souligne Bruchon-Schweitzer (1994), « il reste beaucoup à faire pour mettre à l'épreuve ces modèles biopsychosociaux systémiques et interactifs. Pourra-t-on, dans les années à venir, intégrer les savoirs issus de ces diverses disciplines en évitant les pièges du « mentalisme » ou du « biologisme » ? ». Ce sera à des équipes pluridisciplinaires de valider les hypothèses relatives aux cofonctionnements entre des systèmes conjointement impliqués dans l'apparition ou l'évolution de certains processus morbides.

II. METHODES D'ÉVALUATION DU STRESS

On a tout d'abord supposé, dans le modèle biologique énoncé ci-dessus, que c'était la « quantité » de stress éprouvée par un sujet qui était à l'origine des maladies. Les médecins et les psychologues reconnaissent depuis longtemps l'importance de certains moments ou stades de la vie qui représentent une période de vulnérabilité particulière et demandent une adaptation psychosociale nouvelle : puberté, grossesse, ménopause, changements sociaux, retraite, etc... Dans cette perspective, il était logique de penser que les changements de vie à tous les niveaux (personnel, professionnel, social) pouvaient avoir une influence sur la susceptibilité de l'individu à la maladie et à la morbidité.

Il faut bien reconnaître que la prégnance du modèle de Selye fut incontestablement à l'origine des premières méthodes d'évaluation du stress, dont l'objectif était d'établir un score de stress à partir de l'occurrence, chez un individu, d'événements considérés habituellement comme objectivement graves.

1. Évaluation du stress « objectif »

De nombreux auteurs ont tenté d'évaluer objectivement le stress par la fréquence, l'intensité ou la gravité des agents stressants. Les stressors sont généralement classés dans quatre catégories (Martin, 1989 ; Quintard, 1994) : les événements de vie majeurs, les

agressions mineures au quotidien, les tensions chroniques liées au rôle social et les stressors environnementaux spécifiques.

1.1. Les événements de vie majeurs

Les recherches sur le stress, qui examinent les conséquences de la survenue d'événements de vie majeurs dans la vie d'un sujet, ont été incontestablement stimulées par le développement de l'Échelle d'Événements Récents (Schedule of Recent Experiences ou S.R.E.) de Holmes et Rahe (1967). On les compte actuellement par centaines ! S'appuyant sur les théories du stress de Cannon (1932) et de Selye (1936 ; 1956), ces chercheurs ont émis l'hypothèse selon laquelle le stress est le résultat d'une accumulation de changements majeurs dans la vie du sujet, nécessitant une adaptation. De tels changements peuvent être soit indésirables (la mort d'un conjoint, par exemple), soit désirables (la réussite professionnelle). La S.R.E. comprend une liste de 43 événements, sélectionnés à partir d'une étude systématique auprès de 5 000 sujets, et portant sur leurs modes de vie (Annexe I).

Reconnaissant que ces événements ont un impact différent selon le degré de changement et d'adaptation qu'ils induisent, Holmes et Rahe ont établi un poids standard pour chaque item, en demandant à 394 sujets (représentatifs de la population quant au sexe, à l'âge, à l'ethnie, à la classe sociale et au statut marital) de donner, sur une échelle graduée de 0 à 100, la note de réajustement personnel qu'exigerait chaque événement s'il survenait dans leur vie. Ainsi, à partir d'une note arbitraire de 50 unités de changement de vie (« life change unit ») conférée au mariage, la mort d'un conjoint reçut la pondération maximale de 100, le divorce fut pondéré à 73, la période de Noël à 13, etc... Cette mesure révisée fut appelée : Échelle d'Évaluation du Réajustement Social (Social Readjustment Rating Scale ou S.R.R.S.). Le score total de stress de vie d'un sujet est calculé en additionnant les notes pondérées de chaque événement que le sujet rapporte avoir vécu (auto-évaluation) durant un intervalle de temps (les six à vingt-quatre derniers mois, généralement).

De nombreux travaux ont permis d'établir des corrélations entre événements de vie et diverses pathologies : diverses études rétrospectives (Holmes et Rahe, 1967) et prospectives (Rahe, 1988) ont ainsi montré qu'il y avait une augmentation significative de changements

LE CONCEPT DE STRESS ET SES MÉTHODES D'ÉVALUATION

de vie dans les deux ans précédant la survenue d'une maladie grave. L'effet en est non spécifique et ne prédit pas le type de maladie. D'après diverses recherches effectuées par ces auteurs, 70% des sujets ayant obtenu un score total supérieur à 300 et 50% des sujets un score situé entre 150 et 300, ont développé une maladie l'année suivante.

Bien qu'elle soit encore de nos jours fréquemment proposée comme un outil de référence pour évaluer le stress, et malgré les diverses modifications dont elle a fait l'objet (adjonction à la fin du questionnaire d'instructions demandant au sujet d'évaluer lui-même de 0 à 100 le degré de changement éprouvé pour chaque événement vécu), cette échelle a fait l'objet de vives critiques.

De nombreux auteurs ont, par exemple, avancé que les événements de vie désagréables avaient un effet plus nuisible pour la santé que les événements agréables. Ainsi, l'hypothèse selon laquelle un changement « en soi » est stressant a été infirmée par différents auteurs qui obtiennent des corrélations plus significatives avec des échelles de stress utilisant seulement les événements désagréables (Brown, 1974 ; Mechanic, 1975 ; Sarason et al., 1975). Ces résultats sont concordants avec les travaux de Paykel (in Rivolier, 1989, p. 125-127) dont l'échelle, composée de 59 événements de vie, a été validée sur 373 sujets (213 patients psychiatriques hospitalisés et ambulatoires et 160 témoins pris parmi leurs parents). Les sujets devaient coter chaque item de 0 à 20 en fonction du degré de perturbation émotionnelle qu'il est susceptible de provoquer. Les scores les plus élevés se rapportent aux événements indésirables et qui impliquent beaucoup de changements, alors que les événements agréables correspondent, en moyenne, à de faibles scores de perturbation émotionnelle (voir Annexe 2). Ainsi, il est actuellement admis de ne prendre en compte que les événements de vie désagréables.

Cette méthode induirait en outre une confusion entre les causes (événements de vie) et les effets qu'elles produisent (survenue d'une maladie, par exemple), les évaluations des sujets pouvant être parasitées par leur état psychologique et somatique actuel. Ce problème est surtout prononcé quand les mesures d'événements de vie et celles des conséquences sont effectuées dans un même temps. Selon Martin (1989), il serait souhai-

table d'utiliser les évaluations des sujets dans les recherches prospectives et celles de juges indépendants pour les investigations rétrospectives.

Un autre point concerne l'intérêt d'une pondération des items de la S.R.R.S. L'hypothèse d'origine, selon laquelle différents événements ont des degrés variés d'impact sur l'individu, semble fondée. Cependant, certains auteurs rapportent des corrélations de 0,95 entre scores d'événements de vie pondérés et scores d'événements non pondérés. De plus, ils ont constaté que les deux types de scores donnent des corrélations similaires avec divers critères étudiés (Lei et Skinner, 1980 ; Zimmerman, 1983). La pondération des items s'avèrerait donc inutile.

On a également mis en cause la formulation vague ou ambiguë de certains items (par exemple : « changements importants dans les activités sociales »), formulation qui requiert une interprétation, source de biais. Hudgens (1974) relève que 29 des 43 items de l'échelle peuvent être considérés plus comme des symptômes que comme des causes de maladies physiques ou mentales (« blessure corporelle » ; « changements dans les habitudes de sommeil » ; « changements dans les habitudes alimentaires » ; « difficultés sexuelles », etc...). Schroeder et Costa (1984), dans une étude portant sur des sujets malades, constatent ainsi que la suppression de certains items ambigus annule les corrélations antérieurement obtenues entre scores à la S.R.R.S. et survenue de la maladie. Ils concluent que « les effets étiologiques des événements de vie stressants sur la maladie sont dus à des artefacts ». D'autres auteurs, tels Zimmerman et al. (1984), suggèrent que ce problème de contamination⁵ peut être évité en utilisant des procédures de recherches prospectives ou bien en datant avec précision, dans les études rétrospectives, la survenue des événements par rapport à la date d'apparition de la maladie (mais ceci reste aléatoire car il est souvent difficile de situer le point de départ d'une pathologie).

Compte tenu de certaines critiques émises vis-à-vis de l'échelle de Holmes et Rahe, d'autres échelles d'évaluation des événements de vie majeurs ont été construites. L'inventaire des Expériences de Vie (Life Experiences Survey) de Sarason et al. (1978) est une mesure d'auto-évaluation de 57 items qui permet au sujet d'évaluer à la fois la désirabilité/non désirabilité des événements et la gravité de l'impact au moment de la survenue de

5 La contamination rend compte d'une attitude de réponse ou d'un biais cognitif qui augmente artificiellement la variance commune entre deux évaluations. Ce biais peut traduire une mauvaise formulation des items ou encore être l'expression de certaines caractéristiques affectives et cognitives du sujet, telles que la désirabilité sociale, l'amplification de symptômes, etc...

chaque événement rapporté. L'Échelle P.L.E.S. (PERI⁶ Life Events Scales) de Dohrenwend et al. (1978), comporte 102 items décrivant des événements impliquant une issue en termes de gain, de perte ou d'incertitude. Les items sont regroupés dans 11 catégories (travail, aspects économiques, famille, santé, etc...). Comme pour la S.R.R.S., chaque item est pondéré et le sujet indique la date d'apparition de l'événement. Des sous-scores par catégories peuvent être calculés. L'Inventaire d'Événements Déplaisants (Unpleasant Events Schedule) de Lewinsohn et al. (1985) ne comporte pas moins de 320 items ! (et seulement 53 dans sa version courte). Les items sont regroupés dans diverses catégories (sexualité/mariage/amitiés ; réalisations/travail/carrière, etc...). Les sujets évaluent la fréquence et l'intensité de chaque item. Enfin, de nombreuses échelles spécifiques ont été construites pour évaluer l'impact d'un contexte particulier auquel est confronté le sujet. Citons à titre d'exemple le Registre d'Événements de Vie pour enfants et adolescents de Coddington (1972) ou encore le Stressful Life Events Questionnaire de Nott et Vedhara (1995 ; voir Bidan-Fortier, 2001) qui permet d'évaluer les événements de vie stressants spécifiques aux homosexuels masculins séropositifs (voir Annexe 3).

Cependant, ces différentes mesures d'auto-évaluation d'événements de vie majeurs se heurtent toutes à un obstacle identique, mis en évidence notamment par Jenkins et al. (1979) : « le problème de l'événement qui diminue » (« event fall-off »), c'est-à-dire qui perd de son intensité et qui est oublié avec le temps. Ils ont ainsi demandé à des sujets d'évaluer les événements survenus dans leur vie pour une période donnée (les six derniers mois) puis, neuf mois après, de faire une seconde évaluation de cette même période. Les scores de stress obtenus à cette deuxième évaluation étaient 34 à 64 % plus bas que ceux de la première estimation. De même, Uhlenhuth et al. (1977) ont constaté que les scores de stress chutaient en moyenne de 5 % par mois. Ceci met donc en cause la validité des rappels rétrospectifs des événements de vie.

Plusieurs solutions ont été suggérées : la limitation dans le temps de la période de rappel (par exemple à six mois), mais ceci ne permet pas d'évaluer l'impact à long terme des événements de vie ; la technique du calendrier, où les sujets enregistrent les événements au fur et à mesure de leur survenue (démarche prospective) ; l'utilisation d'un livret d'entretien structuré qui permet aux enquêteurs d'explorer en détail la vie des sujets, afin de dater le plus précisément possible les

événements et d'en évaluer l'impact (Brown et Harris, 1982).

1.2. Les événements mineurs de la vie quotidienne

Compte tenu des nombreuses difficultés, tant conceptuelles que méthodologiques, associées aux échelles d'évaluation des événements de vie majeurs, Lazarus (1984) propose une autre orientation des recherches portant sur le stress. Il souligne que l'importance accordée à la notion de changement (réajustement induit par les événements) a occulté la nécessité de considérer la signification des événements pour le sujet et l'évaluation de ses ressources personnelles (approche transactionnelle). De plus, les soucis de la vie quotidienne, c'est-à-dire « toutes ces petites irritations, frustrations et appels de détresse qui traduisent chaque jour des transactions incessantes avec l'environnement » (Kanner et al., 1981) constitueraient une source de stress plus importante que les événements de vie majeurs. Huit catégories de problèmes quotidiens ont été recensés par ces auteurs : soucis ménagers (préparation des repas, courses, ménage...), tracas de santé (maladies bénignes, consultations médicales, respect des prescriptions...), problèmes temporels (horaires chargés, manque de temps...), personnels (solitude, peur de la confrontation...), environnementaux (bruit, insécurité...), financiers (dettes, emprunts...), professionnels (insatisfaction au travail, conflits avec les collègues...) et soucis de sécurité à long terme (sécurité de l'emploi, placements boursiers...).

Kanner et ses collaborateurs (1981) ont ainsi construit une Échelle de Soucis Quotidiens (Daily Hassles Scale) comportant 117 items et permettant de mesurer des événements tels que « choses déplacées ou perdues », « trop peu de temps passé avec la famille », « trop de choses à faire », etc... La gravité de chaque item est rapportée sur une échelle de 0 à 3 (période de rappel : 12 mois). Les recherches utilisant cette échelle font état de faibles corrélations entre soucis quotidiens et événements de vie majeurs et de fortes corrélations entre les premiers et une symptomatologie psychologique et somatique (voir Chamberlain et Zika, 1990, et Hahn et Smith, 1999). Diverses revues de question récentes tendent ainsi à confirmer le caractère prédictif des soucis quotidiens dans l'évolution défavorable de certaines pathologies chroniques. C'est le cas notamment du dia-

6 PERI : Psychiatric Evaluation Research Interview.

LE CONCEPT DE STRESS ET SES MÉTHODES D'ÉVALUATION

bète (Chamberlain et Quintard, 2001) ou encore des troubles fonctionnels digestifs (Quintard, 2001)

Mais 34 des 117 items de l'échelle de Kanner et al. (1981) étaient contaminés par l'état actuel des sujets ou constituaient des symptômes de maladies (par exemple, « inquiétudes vis-à-vis de sa santé », « petits problèmes de santé physique »). Ainsi, les corrélations observées entre soucis quotidiens et maladies traduisaient, là encore, une confusion entre les deux mesures (Burks et Martin, 1985 ; Dohrenwend et al., 1984). C'est pourquoi, cette échelle a fait l'objet d'une révision en 1992 afin de pallier de telles contaminations (voir Holm et Holroyd, 1992).

Citons également trois autres questionnaires qui semblent constituer des mesures pertinentes des événements de vie mineurs : l'Échelle des Problèmes Quotidiens de Burks et Martin, (1985), comportant 34 items, l'Échelle d'Événements de Vie Mineurs de Monroe (1983), composée de 36 items, et l'Inventaire des Expériences de Vie Récentes de Kohn et McDonald (1992), constituée de 51 items regroupés en six catégories (difficultés culturelles et sociales, travail, problèmes de temps, soucis financiers, difficultés d'insertion sociale, préjugés sociaux). Cette dernière échelle s'est avérée significativement et positivement corrélée à l'Échelle de Stress Perçu (Perceived Stress Scale, de Cohen et al., 1983, voir supra), comme le mentionnent les travaux de Kohn et al. (1994a ; 1994b).

1.3. Les tensions liées au rôle social.

Elles constituent une autre alternative pour évaluer les sources du stress. Ce concept de tension sociale dérive des théories psychosociologiques de Pearlin et Lieberman (1979) : les difficultés les plus importantes auxquelles les individus doivent faire face sont dues moins à des problèmes inhabituels ou à des situations rares qu'à des épreuves persistantes liées à des activités tout à fait courantes. Si cette perspective se rapproche de celle de Lazarus, elle a cependant l'originalité d'insister sur les tensions chroniques des stressés liés aux rôles sociaux que les gens adoptent ou qu'on leur confère.

À partir d'entretiens non directifs, Pearlin et Schooler (1978) ont identifié quatre rôles dans lesquels les individus vivent communément des contraintes : le rôle de conjoint, le rôle de parent, le rôle de gestionnaire du budget et le rôle professionnel (élargi aux activités sociales). Une échelle a ainsi été construite pour évaluer la contrainte associée à chaque rôle. Elle comporte des

items tels que : « je ne peux pas être complètement moi-même avec mon conjoint » ; « vous arrive-t-il souvent de devoir corriger les erreurs de vos enfants afin qu'ils progressent de la même manière que les enfants de leur âge ? » ; « Avez-vous des difficultés pour régler vos factures ? » ; « Combien de fois avez-vous plus de travail que vous ne pouvez en accomplir ? ». Les résultats obtenus par ces auteurs ainsi que par Kandel et al. (1985) tendent à confirmer le caractère prédictif de cette échelle (corrélations élevées entre score de tension sociale et symptomatologie somatique et psychiatrique).

1.4. Les stressés spécifiques

Une quatrième stratégie, pour évaluer le stress, est de travailler sur des groupes de sujets qui ont tous en commun d'avoir été exposés à un événement stressant spécifique. Il est ainsi possible d'évaluer les diverses conséquences du stressé sur l'état psycho-émotionnel et social actuels des sujets (anxiété, dépression, qualité de vie) et d'explorer le rôle prédictif de diverses variables antécédentes (sociobiographiques, contextuelles, types ou traits de personnalité) sur leur ajustement différentiel. Une multitude de recherches utilisant cette procédure ont ainsi exploré l'impact de diverses situations stressantes : examens universitaires, bruit environnant, agressions, catastrophes naturelles, veuvage, etc...

Si cette méthode présente moins de distorsions que les précédentes (pas de période de rappel, absence d'auto-évaluation), l'inconvénient majeur réside dans la difficulté de disposer de données sur la personnalité du sujet avant la survenue d'un stressé, généralement imprévisible. Les recherches s'inscrivant dans une perspective diachronique (avant, après un événement stressant prévisible, comme par exemple une intervention chirurgicale, un examen universitaire...) permettent, en partie, de pallier ces difficultés.

2. Le stress perçu et son évaluation

Les résultats décevants des travaux menés sur les échelles d'événements de vie, (en particulier avec la S.R.R.S. de Holmes et Rahe) et les découvertes faites par les psychobiologistes à partir des années soixante-dix, ont nécessité d'envisager le stress, non plus comme une réponse systématique à tout événement objectivement catastrophique, mais plutôt

comme un ensemble de perceptions fluctuantes d'impuissance et de malaise qui peuvent envahir l'individu confronté à des événements difficiles à maîtriser.

Ainsi, Amiel-Lebigre (1988 ; 1993) a-t-elle remis en question ces méthodes de quantification standard des événements de vie, qu'ils soient graves ou banals. Plutôt que le nombre ou le type d'événements, la recherche sur le stress devrait considérer leur impact, c'est-à-dire leur retentissement affectif sur chaque sujet particulier. Nombre d'auteurs ont pu souligner que ce retentissement affectif variait avec le niveau social, l'ethnie, l'âge, le sexe, l'état émotionnel du moment et d'autres caractéristiques individuelles (voir Bruchon-Schweitzer, 2001).

Lindsay et Norman (1980) mentionnent que dans une situation stressante, l'évaluation subjective qui est faite de la situation importe plus que les faits en eux-mêmes. En d'autres termes, les événements de vie augmentent le risque de maladie seulement s'ils sont perçus comme menaçants. C'est pourquoi de nombreux travaux font état d'une absence de lien direct entre intensité, fréquence ou gravité des événements et troubles induits. Selon Cohen et Edwards (1989), les événements de vie en eux-mêmes s'avèrent ainsi de faibles prédicteurs de l'état de santé ultérieur (seulement 9% de variance expliquée).

Il fallait donc, pour mieux appréhender les mécanismes du stress, s'appuyer sur ce modèle transactionnel décrit plus haut, modèle qui privilégie la compréhension des transactions entre personne et environnement. A notre connaissance, il existe actuellement peu de mesures valides du « stress perçu », à l'exception de l'Échelle de Stress Perçu, (Perceived Stress Scale ou P.S.S.) de Cohen et al. (1983) et de l'Échelle d'Évaluation des Événements de Vie (Appraisal of Life Events Scale ou A.L.E.S.) de Ferguson et al. (1999).

2.1. L'Échelle de Stress perçu (P.S.S.)

Cette échelle permet d'évaluer « l'importance avec laquelle des situations de la vie sont généralement perçues comme menaçantes, c'est-à-dire comme non prévisibles, incontrôlables et pénibles ». La P.S.S. a été validée à partir d'un échantillon de 2347 sujets (960 hommes et 1427 femmes), représentatifs de la population américaine au niveau du sexe, de l'âge, des revenus, de l'origine ethnique et du statut professionnel.

Il existe trois versions de cette échelle : la PSS14 qui comprend 14 items (voir Annexe 4), la PSS10 (items 1 à 3, 6 à

11 et 14) et la PSS4 (items 2, 6, 7 et 14). Toutes trois ont été validées (vérification de l'unidimensionnalité) et il semble même que la PSS10 ait les meilleures qualités psychométriques. Les items ne sont pas trop marqués culturellement et sont donc facilement compréhensibles, quels que soient le milieu et l'âge (à partir de 14-15 ans). La P.S.S. est d'une administration rapide et peut être appliquée dans des contextes divers, même s'ils sont délicats (situation d'hospitalisation). Pour chaque item, le sujet doit estimer sa fréquence d'apparition sur une période récente puisqu'elle concerne le mois précédent.

Enfin, à la différence des échelles événementielles, la P.S.S. n'évalue pas la perception d'événements spécifiques, ce qui explique la formulation très ouverte des items :

Item 2 : « Combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les *choses importantes* de votre vie ? » ;

Item 4 : « Combien de fois avez-vous affronté avec succès *les petits problèmes et ennuis quotidiens* ? » ;

Item 11 : « Combien de fois vous êtes-vous senti irrité parce que *les événements* échappaient à votre contrôle ? ».

Les qualités psychométriques de la P.S.S. sont tout à fait satisfaisantes. Elle possède ainsi une bonne sensibilité discriminative : le score de stress perçu diminue avec l'âge, lorsque le revenu augmente, quand le niveau d'éducation s'élève et lorsque les situations professionnelles et familiales sont stables. Elle a une bonne validité théorique, avec une corrélation de $-0,47$ avec des mesures de satisfaction de la vie et des corrélations positives avec d'autres échelles de stress objectif ou perçu. Sa validité interne est satisfaisante (voir Cohen et Williamson, 1998). Enfin, sur le plan de la validité externe, la P.S.S. corrèle significativement et positivement avec divers indicateurs de maladie, dont l'Index Psychosomatique de Derogatis et al. (1976). On observe ainsi des corrélations significatives entre le degré de stress perçu et la santé auto-évaluée ($-0,23$), le recours à des services de soins ($0,21$), le nombre de symptômes survenus le mois précédent ($0,27$ à $0,32$) et l'utilisation d'antidépresseurs ($0,27$).

2.2. L'Échelle d'Évaluation des Événements de Vie

Plus récemment, l'équipe de Ferguson (1999) a construit l'Échelle d'Évaluation des Événements de Vie (A.L.E.S.), composée de 16 adjectifs minutieusement sélectionnés en référence aux quatre formes d'évaluation primaire décrites par Folkman et Lazarus (1985) :

LE CONCEPT DE STRESS ET SES MÉTHODES D'ÉVALUATION

perte (4 termes), menace (6 termes), défi (4 termes) et bénéfice (2 termes), voir Annexe 5.

Les qualités psychométriques de l'A.L.E.S. sont tout à fait satisfaisantes. Les résultats issus d'une analyse factorielle exploratoire (effectuée sur 260 sujets) et d'une analyse confirmatoire (menée sur 344 sujets) ont permis d'éprouver la validité interne de cette échelle qui présente une structure en trois facteurs, expliquant 59,3% de la variance totale : perte (4 items saturés sur les 4 initiaux), menace (6 items saturés sur les 4 initiaux) et défi (6 items saturés, dont les deux items sélectionnés initialement pour évaluer le « bénéfice »). La consistance interne de chaque facteur est également satisfaisante ($\alpha = 0,94$ à $0,99$), ainsi que la fidélité test-retest à un mois ($r = 0,77$ à $0,90$, $p < 0,01$) et à trois mois ($r = 0,49$ à $0,59$, $p < 0,01$). D'autre part, les scores obtenus à partir des trois facteurs de cette échelle ne sont pas contaminés par la désirabilité sociale (évaluée par l'échelle de Crowne et Marlowe, 1960).

Enfin, sur le plan de la validité externe, les trois facteurs de l'A.L.E.S. corrélaient significativement et de façon pertinente avec divers critères conjointement évalués,

comme le mentionnent les résultats présentés au Tableau 1.

- Dans l'approche transactionnelle du stress de Lazarus et Folman (1984), on distingue deux formes d'évaluations successives lorsqu'un sujet est confronté à une situation stressante.

- Dans une première étape d'évaluation primaire (« primary appraisal »), l'individu évalue les enjeux de la situation. Il peut s'agir d'une perte (corporelle, relationnelle, matérielle), d'une menace (possibilité de perte), d'un défi (challenge) ou d'un bénéfice (possibilité de gain). Cette étape détermine le degré de stress perçu que le sujet a de la situation.

- Puis l'individu procède à une deuxième forme d'évaluation (« secondary appraisal ») au cours de laquelle il inventorie les diverses ressources dont il peut disposer pour faire face à la situation. Ces ressources sont de deux ordres : personnelles (« Suis-je capable d'affronter ou d'exploiter cette situation ? ») et sociales (« De quel soutien puis-je disposer ? Est-il suffisant ? »). Cette étape détermine le degré de contrôle perçu que le sujet a de

	Perception du stresser (ici, contexte professionnel) :		
	Menace	Défi	Perte
Personnalité¹			
Névrosisme	0,37**	- 0,14*	0,27**
Extraversion	- 0,11	0,25**	-0,09
Stratégies de coping²			
Centrées sur l'émotion	0,48**	-0,17**	0,40**
Centrées sur le problème	0,04	0,28**	0,06
Évitement	0,26*	0,06	0,24**
Détresse émotionnelle³			
GHQ (Score total)	0,56**	-0,14*	0,46**
Somatisation	0,40**	0,02	0,34**
Troubles anxieux	0,55**	-0,10	0,45**
Troubles dépressifs	0,41**	-0,13*	0,38**
Troubles relationnels	0,43**	-0,23**	0,32**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

1 Questionnaire de Personnalité (P.Q.-R), version révisée, d'Eysenck et al. (1985)

2 Inventaire de Coping relatif aux Situations Stressantes (C.I.S.S.), de Endler et Parker (1990)

3 Questionnaire Général de Santé (G.H.Q.), de Goldberg ((1978)

Tableau 1. Corrélations entre les scores aux trois facteurs de l'A.L.E.S. et diverses variables de personnalité (d'après Ferguson et al., 1999).

la situation et va l'orienter vers le choix de stratégies d'ajustement (coping) plus ou moins fonctionnelles.

Comme le soulignent les auteurs de l'A.L.E.S., chaque adjectif de la liste a été scrupuleusement sélectionné parce qu'il qualifiait une des quatre formes possibles de l'évaluation primaire. Ainsi, certains termes comme « contrôlable », par exemple, n'ont pas été retenus car ils font explicitement référence à l'évaluation secondaire (Ferguson et al., 1999, p. 101).

2.3. Relation entre stress perçu et détresse psychologique

Cependant, malgré les qualités indéniables de ces deux échelles d'évaluation du stress perçu, certains auteurs avancent qu'il est difficile de distinguer ce concept de la détresse psychologique, qui peuvent empiriquement corrélés (Lazarus et al., 1985). L'hypothèse a ainsi été émise que le stress perçu pouvait constituer une facette d'un facteur plus général de non-ajustement émotionnel (appelé encore « affectivité négative » par Tellegen, 1985). Par exemple, avoir des soucis, se sentir débordé, etc... seraient aussi des composantes de la détresse émotionnelle.

En fait, selon Cohen et al. (1983, 1988), il convient de bien distinguer conceptuellement le stress perçu de la détresse psychologique. En effet, la P.S.S. n'évalue pas la détresse psychologique mais plutôt la façon dont le sujet perçoit et interprète les événements extérieurs. Ainsi, l'on peut très bien percevoir des événements comme pénibles et stressants sans pour autant manifester les différents symptômes de la détresse psychologique (anxiété, affects dépressifs, plaintes somatiques, hostilité, etc...). Par ailleurs, diverses études ont bien montré que les scores de détresse psychologique chez les sujets qui présentent un soutien social élevé ne sont pas influencés par les scores de stress perçu (Cohen et al, 1983 ; Cohen et al., 1986). En d'autres termes, l'on peut très bien avoir un score de stress perçu élevé et un score de détresse faible si l'on bénéficie d'un soutien social important.

CONCLUSION

Le stress a été successivement conceptualisé comme une réponse non spécifique de l'organisme à l'agression

(modèle biologique de Selye) puis comme un processus multifactoriel ayant des composantes cognitives, émotionnelles, comportementales et neuro-hormonales, en étroite interaction les unes avec les autres (modèles transactionnel et biopsychosocial). C'est pourquoi, l'intérêt des chercheurs s'est progressivement détaché des méthodes d'évaluation standard des événements de vie (stress objectif) pour privilégier la façon dont un sujet perçoit la situation à laquelle il est confronté (stress perçu). Le stress perçu constitue une des variables modulatrices de la relation entre la situation stressante et la façon dont un individu y fait effectivement face. En effet, un même événement peut être évalué par certains comme extrêmement menaçant et par d'autres comme un défi ou un challenge ; il peut ainsi induire de graves perturbations chez les uns, mais non chez les autres. Le stress perçu peut donc avoir, selon les individus, un rôle plus ou moins pathogène. Il constitue l'une des facettes de tout un ensemble de processus perceptivo-cognitifs mis en œuvre par le sujet, et qui consistent non seulement à évaluer une situation potentiellement aversive mais aussi ses propres capacités à y faire face (contrôle perçu, soutien perçu, stratégies de coping).

BIBLIOGRAPHIE

- Amiel-Lebigre, F. (1988). Quantification de l'impact événementiel : approche du réel ou chimère ?, *Psychologie Médicale*, 20, 12, 1715-1717.
- Amiel-Lebigre, F. et Gognalons-Nicolet, M. (1993). *Entre santé et maladie*. Paris : PUF.
- Beauvillard, D. (1925). *Le médecin des pauvres*. Paris : Féron & Beauvillard.
- Bidan-Fortier, C. (2001). L'évolution différentielle de l'infection par le VIH. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (eds), Chap. 8 (155-177). *Personnalité et maladie. Stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod.
- Brown, G.W. (1974). Meaning, measurement and stress of life events In B.S. Dohrenwend et B.P. Dohrenwend (eds). *Stressful life events : their nature and effects*. New York : John Wiley.
- Brown, G.W. et Harris, T. (1982). Fall-off in the reporting of life events, *Social Psychiatry*, 17, 83.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1994). Introduction à la psychologie de la santé. In M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer

LE CONCEPT DE STRESS ET SES MÉTHODES D'ÉVALUATION

- (eds), Chap 1 (13-41). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : PUF.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Vulnérabilité et résistance aux maladies : le rôle des facteurs psychosociaux. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (eds), Chap. 1 (1-22). *Personnalité et maladie. Stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod.
- Burks, N. et Martin, B. (1985). Everyday problems and life change events : ongoing versus acute source of stress, *Journal of Human Stress*, 11, 27-35.
- Cannon, W.B. (1932). *The wisdom of the body*. New York, W.W. Norton.
- Chamberlain, K. et Quintard, B. (2001). Les déterminants psychosociaux de l'ajustement au diabète. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (eds), Chap. 5 (93-112). *Personnalité et maladie. Stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod.
- Chamberlain, K. et Zika, S. (1990). The minor events approach to stress : support for the use of daily hassles, *British Journal of Psychology*, 81, 469-481.
- Coddington, R. (1972). The significance of life events as etiological factors in the diseases of children : a survey of professional workers, *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 7-18.
- Cohen, S. et Edwards, J.R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. In R.W.J. Neufeld (ed), p. 235-283. *Advances in the investigation of psychological stress*. New York : John Wiley & Sons.
- Cohen, S. et Williamson, G.M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan et S. Oskamp (eds), p. 31-67. *The social psychology of health*. London : Sage publications.
- 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., Sherrod, D.R. et Clark, M.S. (1986). Social skills and the stress-protective role of social support, *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 963-973.
- Crowne, D.P. et Marlowe, D.A. (1960). A new scale of desirability independent of pathology, *Journal of Consulting Psychology*, 24, 351.
- Dantzer, R. (1989). *L'illusion psychosomatique* Paris : Odile Jacob.
- Dantzer, R. (1989a). *Adaptation à l'environnement : du stress à la maladie*. Paris : Collection Scientifique Stablon.
- Dantzer, R. (2001). Personnalité et maladies : l'apport de la psychoneuroimmunologie. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (eds), Chap. 13 (259-281). *Personnalité et maladie. Stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod.
- Derogatis, L., Rickels, K. et Rock, A. (1976). The SLC-90 and the MMPI : a step in the validation of a new self-report scale, *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Dohrenwend, B.S., Dohrenwend, B.P., Dodson, M. et Shrout, P.E. (1984). Symptoms, hassles, social support and life events : problem of confounded measures, *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 222-230.
- Dohrenwend, B.S., Krasnoff, L., Askenasy, A.R. et Dohrenwend, B.P. (1978). Exemplification of a method for scaling life events : the PERI life events scale, *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 205-229.
- Endler, N.S. et Parker, J. (1990). Multi-dimensional assessment of coping : a critical review, *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Engle, B.T. (1985). Stress is a noun ! No, a verb ! No, an adjective ! In T. Field, P. Mc Cabe et N. Sneiderman (eds), p. 3-12. *Stress and coping*. Hillsdale, NJ. : Erlbaum.
- Eysenck, S.B.G., Eysenck, H. J. et Barret, P. (1985). A revised version of the Psychotism scale, *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.
- Ferguson, E., Matthews, G., Cox, T. (1999). The appraisal of life events (ALE) scale : reliability and validity, *The British Psychological Society*, 4, 97-116.
- Folkman, S. et Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process : study of emotion and coping during three stages of a college examination, *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Goldberg, D. (1978). *The General Health Questionnaire*. Windsor : NFER-Nelson.
- Gunnar, M.R. (1987). Psychological studies of stress and coping, *Child Development*, 58, 1403-1407.
- Hahn, S.E. et Smith, C.S. (1999). Daily hassles and chronic stressors : conceptual ans measurement issues, *Stress Medicine*, 15, 89-101.

- Henry, J.P. et Stephens, P.M. (1977). *Stress, health and the social environment. A sociobiologic approach to medicine*. New York : Springer Verlag.
- Holm, J.E. et Holroyd, K.A. (1992). The daily hassles scale (revised) : does it measure stress or symptoms ?, *Behavioral Assessment*, 14, 465-482.
- Holmes, T.H. et Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hudgens, R.W. (1974). Personal catastrophe and depression : a consideration of the subject with respect to medically ill adolescents, and a requiem for retrospective life-event studies. In B.S. Dohrenwend et B.P. Dohrenwend (eds), p. 119-134. *Stressfull life events : their nature and effects*. New York : John Wiley.
- Jenkins, C.D., Hurst, M.W. et Rose, R.M. (1979). Life changes : do people really remember ?, *Archives of General Psychiatry*, 36, 379-384.
- Kandel, D.B., Davies, M. et Raveis, V.H. (1985). The stressfulness of daily social roles for women : marital, occupational and household roles, *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 64-78.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Scaeffler, C. et Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement : daily hassles and uplifts versus major life events, *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Kohn, P.M. et McDonald, J.E. (1992). The Survey of Recent Life Experiences : a decontaminated hassles scale for adults, *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 221-228.
- Kohn, P.M., Hay, D.H. et Legere, J.J. (1994a). Hassles, coping styles and negative well-being, *Personality and Individual Differences*, 17, 2, 169-179.
- Kohn, P.M., Gurevich, M., Pickering, D.I. et McDonald, J.E. (1994b). Alexithymia, reactivity, and the adverse impact of hassles-based stress, *Personality and Individual Differences*, 16, 6, 805-813.
- Lazarus, R.S. (1984). Puzzles in the study of daily hassles, *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 375-389.
- Lazarus, R.S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer.
- Lazarus, R.S., De Longis, A., Folkman, S. et Gruen, R. (1985). Stress and adaptation outcomes : the problem of confounded measures, *American Psychologist*, 40, 770-779.
- Lei, H. et Skinner, H.A. (1980). A psychosomatic study of life events and social readjustment, *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 57-65.
- Lewinsohn, P.M., Mermelstein, R.M., Alexander, C. et Mac Phillamy, D.J. (1985). The unpleasant events schedule : a scale for the measurement of adverse events, *Journal of Clinical Psychology*, 41, 483-498.
- Lindsay, P.H. et Norman, D.A. (1980). Stress et émotion, in *Comportements humains et traitement de l'information*. Paris : Sciences de la vie, Raget.
- Martin, R.A. (1989). Techniques for data acquisition and analysis in field of investigations of stress. In R.W.J. Neufeld (ed), p. 195-234. *Advances in the investigation of psychological stress*. New York : John Wiley & Sons.
- Mason, J.W. (1968). A review of psychoendocrine research, *Psychosomatic Medicine*, 30, 576-608.
- Mechanic, D. (1975). Some problems in the measurement of stress and social readjustment, *Journal of Human Stress*, 1, 43-48.
- Monroe, S.M. (1983). Major and minor life events as predictors of psychological distress : further issues and findings, *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 189-205.
- Nott, K.H. et Vedhara, K. (1995). The measurement and significance of stressful life events in a cohort of homosexual HIV positive men, *AIDS Care*, 7, 1, 55-69.
- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping, *L'Année Psychologique*, 92, 545-557.
- Paykel, E.S., Prusoff, B.A. et Uhlenhuth, E.H. (1971). Scaling of life events, *Archives of General Psychiatry*, 25, 340-347.
- Pearlin, L.I. et Lieberman, M.A. (1979). Social sources of emotional distress. In R. Simmons (ed), p. 217-248. *Research in community and mental health*. Greenwich, CT : JAI Press.
- Pearlin, L.I. et Schooler, C. (1978). The structure of coping, *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Quintard, B. (1994). Du stress objectif au stress perçu. In M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer (eds), Chap 2 (43-66). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : PUF.

LE CONCEPT DE STRESS ET SES MÉTHODES D'ÉVALUATION

- Quintard, B. (2001). Le syndrome de l'intestin irritable : un trouble fonctionnel digestif d'origine psychologique ? In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (eds), Chap. 7 (131-154). *Personnalité et maladie. Stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod.
- Rahe, R.H. (1988). Recent life changes and coronary heart disease : 10 years' research. In S. Fisher et J. Reason (eds), p. 317-333. *Handbook of life stress : cognition and research*. Chichester : John Wiley & Sons.
- Rahe, R.H. et Arthur, R.J. (1978). Life change and illness studies : past history and future directions, *Journal of Human Stress*, 4, 3-13.
- Rahe, R.H., Mahan, J.L. et Arthur, J. (1970). Prediction of near future health change from subjects preceding life changes, *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 401-406.
- Rivolier, J. (1989). *L'homme stressé*. Paris : PUF.
- Sarafino, E.P. (1990). *Health psychology : biopsychosocial interactions*. New York : John Wiley & Sons.
- Sarason, I.G., De Monchaux, C. et Hunt, T. (1975). Methodological issues in the assessment of life stress. In L. Levi (ed). *Emotions : their parameters and measurement*. New York : Rover.
- Sarason, I.G., Johnston, J.H. et Siegel, J.M. (1978). Assessing the impact of life changes : development of the life experiences survey. In I.G. Sarason et C.D. Spielberger (eds), p. 131-149. *Stress and anxiety*. Washington, DC : Hemisphere.
- Schroeder, D.H. et Costa, D.T. (1984). Influence of life events stress on physical illness : substantive effects or methodological flaws ?, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 853-863.
- Selye, H. (1956). *Le stress de la vie*. Paris : Gallimard.
- Stephens, A., Ruddel, H. et Neus, H. (1985). *Clinical and methodological issues in cardiovascular psychophysiology*. Berlin : Springer Verlag.
- Stora, B. (1991). *Le stress*. Paris : PUF.
- Tache, J. (1978). Le stress biologique : implications pour le cancéreux, *Psychologie et Cancers*, 137-140.
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In A. Tuma et J.D. Maser (eds), p. 681-706. *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale : NJ, Erlbaum.
- Uhlenhuth, E.H., Haberman, S.J., Balter, M.D. et Lipman, R.S. (1977). Remembering life events. In J.S. Strauss, H.M. Babigan et M. Ruff (eds). *The origins and course of psychopathology*. New York : Plenum.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S. et De Vellis R.F. (1978). Development of the multidimensional locus of control scale (MHLC), *Health Education Monographs*, 6, 161-170.
- Weiss, J.M. (1972). Psychological factors in stress disease, *Scientific American*, 226, 104-113.
- Zimmerman, M. (1983). Using scalings on life events inventories to predict dysphoria, *Journal of Human Stress*, 9, 32-38.
- Zimmerman, M., O'Hara, M.W. et Corenthal, C.P. (1984). Symptom contamination of life events scales, *Health Psychology*, 3, 77-81.

Annexe 1

Échelle d'Évaluation du Réajustement Social (Social Readjustment Rating Scale) de Holmes et Rahe (1967) (d'après Quintard, 1994).

Rang	Événement de vie	Valeur
1	Mort du conjoint	100
2	Divorce	73
3	Séparation conjugale	65
4	Période de prison	63
5	Décès d'un parent proche	63
6	Blessure personnelle ou maladie	53
7	Mariage	50
8	Licenciement	47
9	Réconciliation conjugale	45
10	Mise à la retraite	45
11	Changement dans la santé d'un membre de la famille	44
12	Grossesse	40
13	Difficultés sexuelles	39
14	Arrivée d'un nouveau membre dans la famille	39
15	Réadaptation professionnelle	39
16	Modification de la situation financière	38
17	Mort d'un ami proche	37
18	Changement de fonction professionnelle	36
19	Modification du nombre de scènes de ménage	35
20	Hypothèque de plus de 50.000 F	31
21	Saisie d'un bien hypothéqué ou soumis à un emprunt	30
22	Changement de responsabilité dans le travail	29
23	Un fils, une fille quitte le foyer	29
24	Difficultés avec les beaux-parents	29
25	Succès personnel exceptionnel	28
26	Épouse commençant à ou cessant de travailler	26
27	Commencer ou terminer ses études	26
28	Changement de condition de vie	25
29	Changement d'habitudes personnelles	24
30	Difficultés avec le patron	23
31	Changement d'horaires ou de conditions de travail	20
32	Changement de résidence	20
33	Changement d'école	20
34	Changement dans les loisirs	19
35	Changement dans les activités religieuses	19
36	Changement dans les activités sociales	18
37	Hypothèque ou prêt de moins de 50.000 F	17
38	Changement dans les habitudes de sommeil	16
39	Changement du nombre de réunions de famille	15
40	Changement dans les habitudes alimentaires	15
41	Vacances	13
42	Noël	12
43	Infractions mineures à la loi	11

LE CONCEPT DE STRESS ET SES MÉTHODES D'ÉVALUATION

Annexe 2

Liste Événementielle de Paykel et al. (1971) : scores moyens de changement de vie (d'après Rivolier, 1989)
Scores moyens obtenus à partir des réponses de 373 sujets : 213 patients psychiatriques hospitalisés et ambulatoires et 160 témoins pris parmi leurs parents (Paykel et al., 1971)

Rang	Événement de vie	Score moyen (de 0 à 20)
1	Décès d'un enfant	19,33
2	Décès d'un conjoint	18,76
3	Emprisonnement	17,60
4	Décès d'un membre de la famille	17,21
5	Infidélité du conjoint	16,78
6	Problème financier majeur	16,57
7	Faillite	16,46
8	Licenciement	16,45
9	Avortement	16,34
10	Divorce	15,93
11	Séparation conjugale avec dispute	15,93
12	Passage en justice	15,79
13	Grossesse non désirée	15,57
14	Maladie d'un membre de la famille	15,30
15	Chômage	15,26
16	Décès d'un ami proche	15,18
17	Dégradation du statut social	15,05
18	Maladie personnelle sérieuse	14,61
19	Début de relation extra-conjugale	14,09
20	Perte importante	14,07
21	Procès	13,78
22	Échec à un examen important	13,52
23	Mariage non désiré d'un enfant	13,24
24	Rupture de fiançailles	13,23
25	Disputes conjugales	13,02
26	Dispute avec un membre de la famille biologique	12,83
27	Dispute avec le (la) fiancé(e)	12,66
28	Emprunt important	12,64
29	Départ du fils au service militaire	12,32
30	Dispute avec patron-collègues	12,21
31	Dispute avec un membre de la famille par alliance	12,11
32	Émigration	11,37
33	Ménopause	11,02
34	Problème financier mineur	10,91
35	Séparation d'avec un être cher	10,68
36	Préparation à un examen important	10,44
37	Séparation conjugale sans dispute	10,33
38	Changement d'horaire de travail	9,96
39	Nouvelle personne au foyer	9,71
40	Retraite	9,33
41	Changement de conditions de travail	9,23

Annexe 2 suite

42	Changement de travail	8,84
43	Déménagement dans une autre ville	8,52
44	changement d'école	8,15
45	Arrêt de scolarité	7,61
46	Départ d'un enfant du foyer	7,20
47	Réconciliation conjugale	6,95
48	Violation mineure de la légalité	6,05
49	Naissance (pour une mère)	5,91
50	Grossesse	5,67
51	Mariage	5,61
52	Promotion	5,39
53	Maladie personnelle mineure	5,20
54	Déménagement dans la même ville	5,14
55	Naissance (pour un père)	5,13
56	Fiançailles d'enfants	4,53
57	Fiançailles	3,70
58	Projet de maternité	3,56
59	Mariage désiré d'un enfant	2,94

Annexe 3.

Questionnaire d'Événements de Vie Stressants (Stressful Life Events Questionnaire) de Nott et Vedhara (1995) (d'après Bidan-Fortier, 2001).

Partie A : niveau de stress global au cours des six derniers mois

Si vous deviez indiquer sur une échelle de 1 à 10 votre niveau de stress au cours des six derniers mois, comment l'évalueriez-vous ?

En utilisant l'échelle suivante, entourez le nombre qui décrit le mieux votre niveau de stress au cours des six derniers mois :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pas du tout		légèrement		modérément			très		extrêmement
stressant		stressant		stressant			stressant		stressant

Partie B : Événements stressants au cours des 6 derniers mois

Ci-dessous figure une liste d'expériences / sentiments que vous avez vécus ou non au cours des 6 derniers mois et que vous avez peut-être perçus comme étant stressants.

1. Mettez une croix dans la première colonne (« vous avez connu ») pour les événements que vous avez vécus.
2. Veuillez indiquer dans la seconde colonne (« score de stress ») la quantité de stress correspondant au niveau de stress que vous avez ressenti en utilisant l'échelle de la partie A.

Au cours des six derniers mois ...

	Vous avez connu	Score de stress
(1) Des disputes familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Des disputes avec le partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Une maladie bénigne/opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE CONCEPT DE STRESS ET SES MÉTHODES D'ÉVALUATION

Annexe 3 suite

(4) Un ami proche/parent a eu une maladie grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Votre partenaire est décédé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Un ami proche/parent est décédé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) La relation avec votre partenaire a pris fin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Vous vous êtes séparé de votre partenaire en raison de difficultés relationnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) Vous vous êtes séparé de votre conjoint pour des difficultés autres que relationnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) Vous avez eu des problèmes/difficultés avec un ami proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) Vous avez échoué à un examen/test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) Vous avez abandonné un programme que vous suiviez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(13) Vous avez eu des difficultés avec des personnes sur le lieu de votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14) Vous avez eu des difficultés avec votre employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(15) Vous avez été rétrogradé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(16) Vous avez été renvoyé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(17) Vous avez été au chômage, cherchant du travail mais n'en trouvant pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(18) Il y a eu des changements au sein de votre travail qui ont été difficiles à assumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(19) Vous avez été obligé de déménager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(20) Quelque chose auquel vous accordiez une grande valeur a été perdu/volé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(21) Vous avez eu des problèmes financiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(22) Vous avez eu des problèmes avec la police	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(23) Vous avez été impliqué dans un grave accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(24) Vous avez eu des problèmes avec vos voisins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(25) Vous avez eu des problèmes liés à votre sexualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(26) On vous a cherché des histoires ou vous avez été verbalement menacé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(27) Vous avez été battu ou physiquement menacé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(28) Vous avez découvert que quelqu'un que vous connaissez est séropositif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(29) Vous avez découvert que quelqu'un que vous connaissiez est mort du sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(30) La santé d'une personne séropositive que vous connaissez se détériore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(31) Vous avez senti que votre santé se détériorait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(32) Votre médecin vous a dit que votre santé se détériorait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(33) Vous avez appris que vous étiez séropositif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(34) Quelqu'un vous a suggéré que vous pourriez être séropositif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous pouvez rajouter à cette liste n'importe quel autre événement qui, selon vous, a pu contribuer à votre niveau de stress au cours des 6 derniers mois. Décrivez ces événements en étant aussi précis que possible et n'oubliez pas d'indiquer, en utilisant l'échelle ci-dessus, quel a été, selon vous, le niveau de stress induit par ces événements.

ÉVÈNEMENT	Vécu	Score de Stress
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 4

Échelle de Stress Perçu (Perceived Stress Scale) de Cohen et al. (1983) (d'après Quintard, 1994).

Diverses questions vont vous être posées ci-après. Elles concernent vos sensations et pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. A chaque fois, nous vous demandons d'indiquer comment vous vous êtes senti(e) le mois dernier.

Bien que certaines questions soient proches, il y a des différences entre elles, et chacune doit être considérée comme une question indépendante des autres. La meilleure façon de procéder est de répondre assez rapidement. N'essayez pas de compter le nombre de fois où vous vous êtes senti(e) de telle ou telle façon, mais **indiquez plutôt la réponse qui vous paraît la plus proche de la réalité parmi les 5 choix proposés :**

- 1 Jamais
- 2 Presque Jamais (rarement)
- 3 Parfois
- 4 Assez souvent
- 5 Très souvent

Mettre une croix dans la case correspondant à votre réponse.

Au cours du dernier mois, combien de fois...	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1 ... avez-vous été dérangé(e) par un événement inattendu ?					
2 ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					
3 ... vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) et stressé(e) ?					
4 ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?					
5 ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?					
6 ... vous êtes-vous senti(e) confiant(e) dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?					
7 ... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?					
8 ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					
9 ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?					
10 ... avez-vous senti que vous dominiez la situation ?					
11 ... vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					
12 ... vous êtes-vous surpris(e) à penser à des choses que vous deviez mener à bien ?					
13 ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					
14 ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					

NB : la version française de cette échelle est actuellement en cours de validation (Laboratoire de Psychologie EA 526, Université Victor Segalen Bordeaux 2).

LE CONCEPT DE STRESS ET SES MÉTHODES D'ÉVALUATION

Annexe 5

Échelle d'Évaluation des Événements de Vie (Appraisal Life Events Scale) de Ferguson et al. (1999).

1). Décrivez ci-dessous l'événement le plus stressant auquel vous avez été confronté(e) au cours des trois derniers mois :

2). Indiquez dans quelle mesure chacun des adjectifs de la liste suivante décrit le mieux votre **perception de l'événement au moment où il s'est produit**, en entourant un des chiffres de cette échelle en 6 points :

0	1	2	3	4	5
pas du tout					extrêmement

Au moment où cet événement s'est produit, c'était :

1. Menaçant	0	1	2	3	4	5
2. Provoquant (un défi)	0	1	2	3	4	5
3. Intolérable	0	1	2	3	4	5
4. Epouvantable	0	1	2	3	4	5
5. Agréable	0	1	2	3	4	5
6. Douloureux	0	1	2	3	4	5
7. Inquiétant	0	1	2	3	4	5
8. Stimulant	0	1	2	3	4	5
9. Déprimant	0	1	2	3	4	5
10. Hostile	0	1	2	3	4	5
11. Grisant	0	1	2	3	4	5
12. Pitoyable	0	1	2	3	4	5
13. Effrayant	0	1	2	3	4	5
14. Instructif	0	1	2	3	4	5
15. Terrifiant	0	1	2	3	4	5
16. Excitant	0	1	2	3	4	5