

**(Le rôle du coping proactif dans le soulagement de la douleur et l'amélioration de la qualité de vie chez les patients cancéreux sous chimiothérapie)**  
**(The role of proactive coping in relieving pain and improving quality of life in cancer patients receiving chemotherapy)**

Messaoudi Daouya\*

مخبر علم نفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة

université Alger 2

[douyamessaoudi@gmail.com](mailto:douyamessaoudi@gmail.com)

Zenad dalila

université Alger 2

[zenaddalila@yahoo.fr](mailto:zenaddalila@yahoo.fr)

Date de réception 25/11/2021

Date d'acceptation 12/7/2022

**Résumé :**

La douleur chez les patients cancéreux fait partie des problèmes de santé les plus importants qui ne peuvent pas être négligés.

De nombreuses études et statistiques ont montré que les patients cancéreux sont beaucoup affectés par la douleur associée à la maladie et par la chimiothérapie. L'expérience de la douleur diffère d'un patient à l'autre, d'ailleurs, de nombreuses études ont analysé la relation entre la douleur et les facteurs psychosociaux dans cette population de cancéreux.

L'objectif de notre étude est l'évaluation du rôle du coping proactif dans l'atténuation de la sévérité de la douleur et dans l'amélioration de la qualité de vie des patients cancéreux sous chimiothérapie, en suivant une approche descriptive. Les outils utilisés dans l'étude sont : l'inventaire du coping proactif (PIC), l'échelle de la qualité de vie (SF 36) et l'échelle visuelle analogique (EVA) pour l'évaluation de la douleur sur un échantillon de 45 cas.

Les résultats de notre étude ont conclu que le coping proactif a un impact sur le soulagement de la douleur chez les patients cancéreux qui ont subi une chimiothérapie, mais pas sur l'amélioration de la qualité de vie. De plus, les facteurs psycho-sociaux jouent un rôle déterminant dans le diagnostic, l'évaluation et la décision thérapeutique dans la prise en charge de la douleur en oncologie.

**Les mots clés :** Douleur ; cancer ; chimiothérapie ; coping proactif ; qualité de vie.

**Abstract:**

Pain in cancer patients is among the most important health issues that cannot be overlooked. Numerous studies and statistics have proven that cancer patients are greatly affected by the pain associated with the disease and by chemotherapy. The experience of pain differs from one patient to another, moreover, many studies have analyzed the relationship between pain in this population and psychosocial factors.

The objective of our study is to evaluate the role of proactive coping in reducing pain severity and improving the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy, following a descriptive approach. The tools used in the study are: the proactive coping inventory (PIC),

\* Correspondent author

the quality-of-life scale (SF 36) and the visual analogue scale (VAS) for pain assessment on a sample of 45 cases.

The results of our study concluded that proactive coping has an impact on pain relief in cancer patients who have undergone chemotherapy, but not on improving quality of life. In addition, psychosocial factors play a determining role in the diagnosis, evaluation and therapeutic decision in the management of pain in oncology.

**Keywords:** pain; cancer; chemotherapy; proactive coping; quality of life.

### **Introduction :**

Au début du siècle dernier, les maladies infectieuses, telles que la tuberculose, la pneumonie, étaient les principales causes de mortalité. Tandis qu'aujourd'hui, les maladies chroniques, en particulier les maladies cardiaques, le cancer et le diabète, sont les principales causes d'invalidité et de décès. (Riad Nayel Al-Asimi 2016, P.24)

Selon certains auteurs, les maladies chroniques représentent 90% des motifs de consultations à domicile, 83% des prescriptions médicales, 80% des jours d'hospitalisation, 66% des visites chez le médecin et 55% des visites aux urgences. (Shelly Taylor 2013 p.616)

Ces proportions élevées et croissantes des maladies chroniques ont conduit à rechercher les facteurs qui sont l'origine de leur apparition et de leur développement. Ces facteurs sont différents des autres variables sur lesquels reposaient les modèles d'interprétation linéaire, comme le modèle médical. Ce dernier a conduit à l'émergence d'un modèle interactif, qui est le modèle biopsychosocial expliquant que la santé et la maladie découlent d'une interaction complexe entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

Le cancer est considéré comme deuxième cause de mortalité dans le monde selon OMS, Son incidence est en nette augmentation avec une estimation en 2020, de 15 millions de décès et peut atteindre 10 millions de décès dans le monde.

L'Algérie, à l'instar des autres pays du monde, a connu une augmentation continue de cette pathologie. En 1990, 90 personnes étaient touchées sur 100000 citoyens, en 2010 plus de 130 cas sur 100000 citoyens et actuellement l'incidence est estimée à environ 45000 nouveaux cas et 24000 nouveaux décès par an (Plan national cancer 2015-2019 ;2014 p 17, 18)

La maladie cancéreuse elle-même, ou la chimiothérapie à laquelle est soumis le patient, peut déclencher des complications souvent difficiles à gérer. Parmi ces complications, la douleur qui représente la plus grande difficulté à laquelle un patient cancéreux est confronté. D'ailleurs, 8 millions de personnes souffrent de douleurs cancéreuses chroniques et une consommation mondiale d'analgésiques est estimée à environ 7,7 milliards de dollars qui augmente de 7% par an. Aussi, lorsqu'on interroge le patient sur ces souffrances qui sont liées à la maladie ou au traitement, sa réponse est souvent la douleur. De plus, sa peur de ne pas soulager sa souffrance génère en lui un sentiment d'anxiété, peut-être plus que ce que la chirurgie, la perte d'un membre ou même la mort peuvent provoquer. (Shelley, Taylor, 2013, p 580-581)

La négligence des dimensions psycho-sociales peut être une des causes majeures de l'échec de la prise en charge de la douleur chez les patients cancéreux, d'où l'intérêt du (modèle contractuel) le modèle intégré de psychologie de la santé, dont les variables psycho-sociales telle que : trait de personnalité, gestion émotionnel, stratégie de coping qui modulent l'expérience douloureuse.

D'autant plus que, de nombreuses théories confirment que la douleur est un phénomène complexe, impliquant plusieurs interactions : sensorielles – affectives – cognitives et comportementales.

La définition de la douleur comprend à la fois des éléments organiques et psychologiques. D'ailleurs, la douleur a été définie par l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable généralement associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ». Partant de cette définition, les variables psychologiques jouent un rôle dans la réduction ou l'augmentation de l'intensité de la douleur chez les patients cancéreux. Parmi ces variables, les stratégies d'adaptation ont également une relation importante avec les problèmes associés au cancer, en particulier la douleur.

Des études ont montré que les stratégies d'adaptation positives (efforts pour travailler malgré la douleur, distraction de la douleur et négligence de la douleur) sont liées à l'adaptation fonctionnelle et à l'adaptation négative. Les patients souffrant d'une douleur post chimiothérapie doivent donc trouver une manière de s'ajuster à cette douleur, et même d'activer des stratégies d'ajustement préventives qui anticipant l'expérience douleur pour une meilleure adaptation. (Nezu et al 2003 ; p303)

Parmi les stratégies d'adaptation positives, on retrouve que le coping proactif face à la douleur est efficace. Ainsi, le patient atteint de cancer anticipe les complications de la chimiothérapie avant qu'elles ne surviennent, il utilise ses ressources personnelles, y compris le soutien social, pour s'aider lui-même à prédire ce qu'il adviendra de la chimiothérapie. Ce qui impose la prise de toutes les mesures nécessaires pour aider le patient à soulager la gravité de la douleur. (Gustave Nicolas Fischer. Cyril tarquinio ;2014 ; p157)

L'adaptation proactive fait référence à la stratégie comportementale axée sur l'évaluation des facteurs de stress potentiels, la préparation, la prévention des situations indésirables et l'accumulation de ressources afin de faciliter la gestion des défis. Les copers proactifs perçoivent les problèmes et les événements stressants comme des opportunités et une chance de tester leur force. Un tel point de vue s'oppose à la perception traditionnelle de l'adaptation proactive comme d'une menace ou d'un échec. Le changement de perspective apporte une construction active des opportunités et l'expérience positive d'une situation difficile telle que la maladie cancéreuse ou l'expérience douleur (Greenglass et Fiksenbaum ; 2009 ; p29-39).

Quand on considère les patients cancéreux qu'ils sont plus exposés aux émotions négatives, donc nous estimons que l'adaptation proactive est particulièrement importante pour ces patients en raison de sa minimisation des conséquences de la maladie.

Pareillement et de plus, la qualité de vie d'un patient cancéreux est l'une des principales variables. Kleither et ses collègues ont également noté en 2007 que la qualité de vie des patients cancéreux se détériore, ce qui a été confirmé par de nombreuses recherches. Cependant, la différence entre les patients dans l'estimation de leur qualité de vie est importante et liée au moment du diagnostic, au stade de la maladie et aux ressources physiques, psychologiques et sociales du patient. (Jane Ogden, 2014 p 530)

Le cancer est une maladie qui limite les capacités fonctionnelles et sociales du malade comme beaucoup d'études l'ont confirmé notamment lorsque suivi d'un syndrome douloureux.

À la lumière de ces études, on a supposé que la qualité de vie comprenait les éléments suivants : Fonctions physiques, état psychologique. Fonctions sociales et des symptômes liés

au traitement et à la maladie, d'où l'intérêt d'étudier sa corrélation avec d'autres variables psychologiques.

## **1 Objectifs de l'étude :**

L'objectif de la présente étude est double tout d'abord, étudier la corrélation du coping proactif avec le niveau de la douleur, ainsi sa relation avec la qualité de vie chez les patients cancéreux sous chimiothérapie, le deuxième est d'étudier la douleur cancéreuse qui est secondaire à la maladie et cibler les variables psycho-sociales voire coping proactif, afin d'établir un modèle qui explique la douleur en oncologie dans ses dimensions bio-psycho-sociales, dans le but d'améliorer les techniques d'évaluation de cette affection complexe, et les protocoles de prise en charge de la douleur « symptôme » et même renforcer les capacités de prévention de cette dernière.

## **2 Définition procédurale des concepts :**

### **2.1 Coping proactif :**

Stratégie globale et positive permettant une anticipation des événements stressants (et non une réaction à ceux-ci) et une réinterprétation de difficultés comme des challenges à relever. Le coping proactif se démarque du coping réactif. Il vise à prévenir des stress futurs, à améliorer la qualité de vie et à atteindre des buts (Greenglass; 2002; p37)

Coping proactif selon (Aspinwall & Taylor 1997) fait référence aux efforts déployés avant la survenue d'un événement stressant potentiel afin de l'empêcher ou de modifier sa forme avant qu'il ne se produise. Anticiper la confrontation avec la douleur que certains de ses principaux indicateurs ont émergé. Il faut que le patient soit conscient des caractéristiques de la maladie et qu'il utilise ses ressources personnelles, y compris le soutien social, pour s'aider lui-même à prédire ce qu'il adviendra de la maladie. Situation future, et ainsi prendre toutes les mesures nécessaires qui contribueront à réduire la douleur et à gérer les symptômes associés à la chimiothérapie.

### **2.2 Maladie du cancer :**

C'est un groupe de maladies dont les cellules sont caractérisées par une agression, c'est-à-dire une croissance et une division aléatoires et illimitées. Et la capacité de ces cellules en division à envahir et détruire les tissus voisins ou à se déplacer vers des tissus distants.

Les patients cancéreux seront connus dans cette étude, que nous entreprendrons : Ce sont des patients diagnostiqués de cancer par des médecins spécialistes en oncologie. Et cela après avoir effectué les examens cliniques et de laboratoire nécessaires, ainsi que ceux inscrits au service du cancer Pierre Marie Curie, hôpital Ali Ait Idir de neurochirurgie et la clinique d'oncologie médicale Amin Zirout d'Alger.

### **2.3 La douleur :**

La douleur est définie par la Société internationale pour l'étude de la douleur (IASP) comme : une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable généralement associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou une description en termes de ces lésions.

La mesure de la douleur et la détermination de son niveau chez un adulte atteint de cancer et subissant une chimiothérapie dépendra dans notre recherche de l'évaluation que ces patients font à travers une échelle d'évaluation analogique de douleur EVA.

## **2.4 La qualité de vie :**

La qualité de vie indique que l'individu bénéficie d'une fonctionnalité organique et psychologique (santé physique et psychologique), ce qui signifie que l'individu ne souffre pas d'une maladie organique ou psychologique.

La mesure de la qualité de vie des patients cancéreux souffrant de douleurs et subissant une chimiothérapie dépend de l'évaluation de ces patients pour leur état de santé, car ils expriment leur emploi organique et les effets résultant de la maladie et du traitement (psychologique et physique).

## **3 Matériel et Méthode :**

L'étude prospective et descriptive a été réalisée à partir du mois de mars au mois de septembre 2020 dans trois établissements hospitalier spécialisé en cancérologie situé à Alger (le centre Pierre et Marie Curie et la clinique d'oncologie médicale Amin Zirout) et l'hôpital spécialisé de neurochirurgie Ali ait idir.

Le nombre des participants de notre étude est de 45 patients dont 36 femmes et 19 hommes, âgés entre 23 ans et 71 ans, la majorité des patients (68 %) étaient mariés, le niveau d'instruction le plus fréquent était élémentaire. Ces sujets sont hospitalisés pour subir des cures de chimiothérapie, la population de notre étude souffre du cancer diagnostiqué depuis au moins six mois de différents types et stades.

Les outils de notre recherche sont : l'entretien clinique dirigé, associé à des échelles psychométriques suivantes : L'inventaire du coping proactif (PIC) ce test, développé par les psychologues Esther Greenglass, Ralf Schwarzer et Steffen Taubert évalue les attitudes et les comportements concernant l'établissement et l'atteinte de buts. L'inventaire se compose de sept sous échelles et d'un total de 55 items qui mettent en œuvre, sur un plan cognitif et niveau comportemental, une façon de faire face basée sur la débrouillardise, la responsabilité et la vision. Psycho métriquement, le PCI est composé de 7 échelles avec une bonne validité de construit, homogénéité, et des fiabilités acceptables. Les résultats globaux étaient similaires chez les Canadiens et les Canadiens d'origine polonaise. Échantillons, malgré leurs différences démographiques, Ceci indique que les échelles ont une bonne validité.

L'échelle de la qualité de vie (SF 36) Le SF-36 est issue du questionnaire de l'étude Medical Outcomes Study (MOS). C'est un questionnaire robuste et fiable destiné à obtenir une mesure générique de l'Etat de santé perceptuelle. Le SF-36 comporte 36 questions permettant d'évaluer la qualité de vie liée à la santé générale. Les 36 questions sont réparties sur huit dimensions correspondantes chacune à un aspect différent de la santé. Ces dimensions sont le fonctionnement physique, la limitation des rôles en raison de problèmes physiques, la limitation des rôles résultant de problèmes émotionnels, la vitalité (énergie/fatigue), le bien-être émotionnel, le fonctionnement social, les douleurs corporelles, la perception de la santé générale et mentale. À la fin, un score pour chaque dimension du SF-36 a été calculé, variant de 0 à 100. Un score bas reflète une perception d'une mauvaise santé, une perte de fonction, une présence de douleur. Un score élevé reflète une perception d'une bonne santé, une absence de déficit fonctionnel et de douleur.

Aussi une échelle visuelle analogique (EVA) C'est une échelle d'auto-évaluation. Elle demande l'utilisation d'une réglette qui comporte deux faces distinctes. Celle qui est présentée au patient représente une sur laquelle le sujet va déplacer un curseur. Une extrémité de la ligne est notée « absence de douleur » alors que l'autre est notée « douleur maximale

imaginable ». La face tournée vers le soignant affiche en correspondance une échelle graduée de 0 à 10 ou parfois de 0 à 100. Le chiffre le plus faible représente toujours la douleur la moins élevée. Cette méthode est souvent considérée comme la plus fiable pour évaluer la douleur. Elle est sensible, reproductible, fiable et validée aussi bien dans les situations de douleur aiguë que de douleur chronique, que celles-ci soient en rapport ou non avec un cancer.

Pour étudier et vérifier nos hypothèses on a utilisé le coefficient de corrélation de Pearson, ou la corrélation de deux variables, ou familièrement simplement le coefficient de corrélation - est une mesure de corrélation linéaire entre deux ensembles de données.

#### 4 Résultats et discussion :

La douleur revêt une importance particulière en oncologie ; selon l'échelle d'évaluation analogique EVA (de Huskisson 1974) de 0-3 on retrouve une douleur légère ; de 4-7 douleur modérée ; de 7-10 douleur sévère.

Cette évaluation est une étape essentielle dans la prise en charge de la douleur. Elle permet aux soignants de définir des traitements personnalisés, adaptés aux besoins de chaque patient et aux caractéristiques de sa douleur.

Les statistiques avec l'aide de EVA ont objectivé que la plupart des patients de notre étude (n= 45) présentent une douleur sévère estimée par 86,67% et 13,33 % douleur modérée.

Ce qui est compatible aux dernières statistiques de l'institut national de la santé publique, 53 % des patients atteints de cancer souffrent de douleurs dont 28 % les jugent sévères. En pratique dans les différents centres de prise en charge, la douleur est généralement plus fréquemment rapportée mais des statistiques sont difficiles à établir vu la complexité de cette dernière. Ainsi, on estime que la majorité des patients ressentiront de la douleur à un moment de l'évolution de la maladie et parfois même après la rémission.

L'intensité de la douleur est liée à plusieurs facteurs : la localisation de la tumeur ou le type de la chimiothérapie, comme elle est liée à d'autres facteurs personnels comme l'âge, le sexe et les ressources psychologiques et sociales.

L'objectif de cette étude donc est d'essayer de comprendre pourquoi certains patients se montrent plus aptes que d'autres à faire face efficacement sur le plan physique et émotionnel à la douleur suite à une chimiothérapie.

Ce qui nous a orienté plus précisément vers l'étude de corrélation entre le coping proactif et le niveau de la douleur chez les patients atteints du cancer sous chimiothérapie. Pour confirmer cette hypothèse, nous avons étudié cette dernière avec l'aide du coefficient de corrélation de (Pearson simple), après avoir appliqué l'échelle EVA, ainsi l'échelle du coping proactif avec la population d'étude.

Tableau (1) : résultats de relation niveau de douleur et les dimensions du coping proactif.

Niveau douleur	Sous échelles-Coping proactif
0,55	Adaptation proactive
0,59	Adaptation réfléchissante

0,62	Adaptation préventive
0,44	Planification stratégique
0,64	Recherche de soutien instrumental
0,57	Recherche de soutien émotionnel
0,45	Evitement faire face

Il ressort clairement des résultats et de l'application du coefficient de corrélation de Pearson pour étudier la relation entre le niveau de la douleur et les dimensions coping proactif, qu'il y a une relation statistiquement significative au niveau de 0,01 comme valeur de (r) calculé 0,64 est supérieur à la valeur de (r) programmé et égal à (0,23).

Comme attendu, l'intensité de la douleur est clairement corrélée avec les stratégies du coping proactif, ce qu'il a été déjà étudié et confirmé consternant avec d'autres types de stratégies de coping.

Les résultats de cette hypothèse correspondent à d'autres études menées sur la relation entre les stratégies de coping et la douleur comme la recherche de N.C.HIGGINS et autres qui conclut que les personnes qui utilisent des stratégies de coping actives sont capables de faire face à leur douleur de manière adaptative, d'autres utilisent des stratégies passives et des évaluations catastrophiques, qui sont souvent associées à des manifestations accrues de comportements douloureux et à des résultats négatifs liés à la douleur.

Les résultats ont révélé que les personnes ayant une théorie incrémentielle de la douleur utilisaient des stratégies de coping plus actives, affichaient moins de comportements douloureux et rapportaient de meilleurs résultats liés à la douleur (par exemple, des niveaux de dépression inférieurs) que les personnes ayant une théorie d'entité de la douleur. Les résultats suggèrent que les théories implicites de la douleur peuvent représenter un mécanisme social-cognitif sous-jacent lié à d'importantes réactions d'adaptation, émotionnelles et expressives à la douleur chronique. L'identification d'un tel mécanisme peut fournir des informations précieuses pour l'évaluation et le traitement de la douleur chronique.

Pour cela, le coping proactif est considéré comme variable qui joue un rôle dans le soulagement de la douleur chez notre population qui est les patients cancéreux sous chimiothérapie.

Comme l'indique Greenglass (2002), puisque l'adaptation proactive implique l'accès téléologique à l'information pour choisir et construire des plans d'action, l'adaptation réfléchie devrait être associée positivement à l'adaptation proactive. Dans le même temps, le coping proactif intègre la planification, les stratégies préventives et les ressources sociales avec l'établissement d'objectifs d'autorégulation. Cela signifie que l'adaptation proactive devrait également être associée à la planification, aux stratégies de prévention et à l'identification et à la recherche de ressources de soutien.

D'une autre part l'hypothèse qui examine le rôle du coping proactif dans l'amélioration de la qualité de vie a été étudié par l'application du coefficient de corrélation de Pearson pour

confirmer la signification de la relation entre le coping proactif et les dimensions de la qualité de vie chez la même population, les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau (2) : résultat de relation du coping proactif et l'amélioration de la qualité de vie.

Coping proactif	Qualité de vie
0,04	Fonctionnement physique
0,019	Rôle physique
0,087	Rôle émotionnel
0,027	Fonctionnement social
0,036	Douleur physique
0,022	Santé mentale
0,056	Vitalité
0,029	Santé perçu

Commentaire sur le tableau: Il ressort clairement des résultats et de l'application du coefficient de corrélation de Pearson pour étudier la signification de la relation entre le coping proactif et les dimensions de la qualité de vie , qu'il n'y a pas de relation statistiquement significative au niveau de 0,05 car la valeur de (r) calculée dans tous les cas est respectivement égale à 0,04.- 0,019-, 0,087-, 0,027, 0,036 est inférieure par rapport à la valeur programmée (r) égale à (0,23), ce qui signifie qu'il n'y a aucune relation statistiquement significative entre le coping proactif et les dimensions de la qualité de vie.

Contrairement à ce qu'il a été mener dans les études de Greenglasse.E.R (2002) qui concentre sur le coping proactif comme stratégie multidimensionnelle et prospective qui influent sur les processus de l'amélioration de la qualité de vie.

Ce qui peut être expliqué par d'autres variables liées aux caractéristiques de notre échantillon : l'âge et le type du cancer et la durée du traitement, ce qu'il a été observé lors des entretiens réalisés avec ces patients , ou par autres variables psychologiques comme il été confirmé dans plusieurs recherches dont celle de QUEENAN J.A., et autres en (2010) publier dans le journal européen de lutte contre le cancer, La recherche suggère que le soutien social peut avoir un impact sur la qualité de vie liée à la santé (QVLS). Le soutien social peut être un soutien structurel (SSS) ou un soutien fonctionnel (FSS), l'étude souligne qu'il y a une corrélation positive statistiquement significative entre le soutien social fonctionnel et la qualité de vie chez une population d'homme suivi après avoir reçu une radiothérapie pour un cancer de la prostate.

L'importance de notre étude réside également dans le fait que nous voulons identifier les facteurs qui aident à gérer la douleur comme le coping proactif, à atténuer sa gravité et à améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer.

**Conclusion :**

Le cancer est un problème de santé publique, en particulier la douleur, dont le patient atteint du cancer souffre le plus. Au surplus le traitement auquel le patient est soumis (chimiothérapie) est associé à des symptômes et de complications ou la douleur est une affection majeure.

Cependant, le niveau de douleur varie d'un patient à l'autre, c'est pourquoi on a choisi cette l'étude, qui montre nettement l'importance des facteurs psychologiques et sociaux liés à la douleur tel que Le coping proactif dans le diagnostic, évaluation et décision de traitement. La plupart des résultats auxquels arrivés sont identiques à ceux connus dans la littérature comme le rôle des stratégies du coping dans la gestion de la douleur, ainsi que le coping proactif qui est considéré comme variable importante dans notre étude qui est corrélée à la variable de l'intensité de la douleur

D'ailleurs Il est clairement démontré que les émotions et les processus cognitifs sont des facteurs associés à la douleur, notamment en exerçant le rôle déclencheur, d'aggravation et de maintien. Cette dernière représente donc un phénomène multifactoriel qui nécessite une intervention d'une Équipe multidisciplinaire.

Des perspectives de recherches appliquées sont désormais ouvertes et centrer sur la prise en charge de la douleur en oncologie. Mais bien sûr, des recherches fondamentales sont encore nécessaires.

## **Bibliographie :**

- Bruchon. M. Schweitzer ; et autres (2002) ; psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes ; Nulvod ; Paris.
- Greenglass, E. R., & Fiksenbaum, L. (2009). Adaptation proactive, effet positif et bien-être : Tester la médiation à l'aide de l'analyse de parcours. *Psychologie européenne*, 14(1), 29–39. doi :10.1027/1016-9040.14.1.29
- Greenglass, E.R. (2002); Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed); Behind coping: Meeting goals, vision, and challenges; London; UK Oxford University Press.
- Gustave. Nicolas Fischer, Cyril. Tarquinio (2014) ; les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé ; 2<sup>e</sup> édition ; Dunod ; Paris.
- Henri Chabrol, staceyallahan (2013), Mécanisme de défense et coping, 2<sup>e</sup> édition, Dunod, Paris.
- Jane Ogden (2014) ; psychologie de la santé ; traduction d'olivier Desrichard. Anaille Blum et Aurélie gauchet ; 2<sup>e</sup> édition ; de Boeck ; Belgique.
- Lazarus. R. Set Folkman. S (1984); stress appraisal and coping, Springer publishing company; New York.
- Nazu. Arthur M et al (2003); handbook of psychology. Jhonwiley and sons inc.vol9.new jersey.
- Marilon Bruchon Schweitzer, émili Boujut (2014) ; psychologie de la santé : concepts. Méthode et Modèles ; 2<sup>e</sup> édition ; Dunod ; Paris.
- Marilou Bruchon. schweitzer et Robert Dantze (1994) ; introduction à la psychologie de la santé ;PUF ; France .
- Plan national cancer 2015-2019 ; octobre 2014
- Razavi. D et Delvaux N ;(2008) ; precis de psycho -oncologie ; Masson ; Paris.
- Riyadh Nile Al-Asimi (2016); Clinical Health Psychology; First Edition; Al-Asyar Al-Alami House for Publishing and Distribution; Amman;Jordanie.
- Shelley Taylor (2013) ; Psychologie de la santé traduit par Wissam Darwish Break et Fawzi Shaker Taaima ; deuxième édition ; Hamed Amman House.