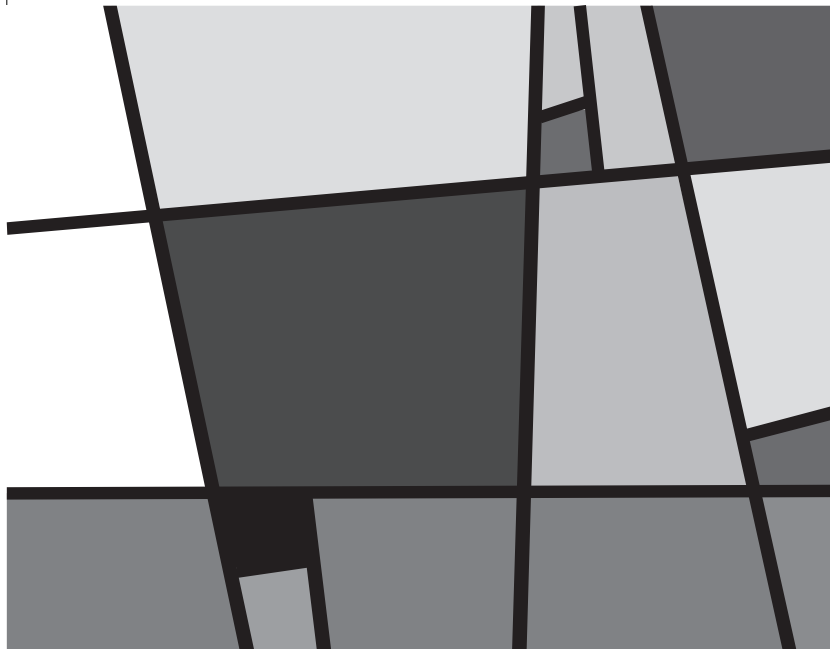




Les bases de la psychologie de la santé

Concepts, applications
et perspectives

Gustave-Nicolas Fisher
Cyril Tarquinio
Virginie Dodeler

DUNOD

Maquette de couverture : Atelier Didier Thimonier

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage. Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements		d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).
--	---	--

© Dunod, 2020
11 rue Paul Bert – 92240 Malakoff
ISBN 978-2-10-079320-4

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

*À Camille Tarquinio,
étudiante en Master de Psychologie,
nos remerciements les plus chaleureux pour son aide précieuse
au traitement de texte de plusieurs chapitres.*

Table des matières

<i>Introduction</i>	7
CHAPITRE 1 – SANTÉ ET PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ	15
1. Qu'est-ce que la santé ?.....	17
2. La psychologie de la santé.....	21
3. Relation avec d'autres disciplines de la santé.....	30
Conclusion	34
Lectures conseillées	36
Bibliographie	36
CHAPITRE 2 – MODÈLES ET THÉORIES EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ	39
1. Les théories comportementales et de l'action.....	42
2. Les théories sociocognitives de la santé.....	55
Conclusion	64
Lectures conseillées	65
Bibliographie	66
CHAPITRE 3 – STRESS ET SANTÉ	69
1. Les modèles théoriques du stress.....	71
2. Les mesures du stress.....	80
3. Les conséquences du stress.....	88
Conclusion	95
Lectures conseillées	96
Bibliographie	96
CHAPITRE 4 – ADAPTATION ET COPING	103
1. Réflexions autour de la question de l'adaptation.....	107
2. Le coping.....	109
3. Les mécanismes de défense.....	123
4. Conceptions complémentaires de l'adaptation.....	127
Conclusion	136
Lectures conseillées	138
Bibliographie	139

CHAPITRE 5 – PSYCHOLOGIE DE LA MALADIE	143
1. Les conceptions de la maladie	147
2. La psychologie de la maladie et du malade.....	154
Conclusion	167
Lectures conseillées	169
Bibliographie	169
 CHAPITRE 6 – SOUTIEN SOCIAL, SANTÉ ET MALADIE	173
1. Définitions du soutien social	176
2. Soutien social, santé et maladie	183
3. Le soutien social de l'entourage.....	187
4. Un soutien pour les malades, un soutien pour les familles	189
En guise de conclusion	193
Lectures conseillées	195
Bibliographie	195
 CHAPITRE 7 – ÉDUCATION ET SANTÉ	201
1. Éducation à la santé et éducation pour la santé.....	205
2. La promotion de la santé.....	209
3. La prévention dans le domaine de la santé.....	216
4. L'éducation thérapeutique du patient.....	222
Conclusion	230
Lectures conseillées	232
Bibliographie	232
 CHAPITRE 8 – PSYCHOLOGIE, SPIRITUALITÉ ET SANTÉ	237
1. Spiritualité et religion : ouverture conceptuelle.....	240
2. Spiritualité, religion et santé.....	242
Conclusion	251
Lectures conseillées	253
Bibliographie	253
 <i>Index des notions</i>	255

Introduction

Aujourd'hui les préoccupations relatives à la santé tiennent une place de plus en plus importante dans nos sociétés. Mais la santé est une question complexe ; elle n'est plus seulement considérée comme une affaire purement médicale, mais aussi comme une expérience humaine qui concerne tout l'individu.

Depuis la fin du xx^e siècle, elle a été abordée à travers l'étude des comportements de santé et non plus seulement du corps malade. Ainsi est née en 1979 aux États-Unis une nouvelle spécialité : la psychologie de la santé. Elle allait développer une approche nouvelle centrée sur l'importance et le rôle de facteurs comportementaux, sociaux, émotionnels dans la santé, et ceci dans une compréhension plus large et plus dynamique en interaction avec les facteurs médicaux biologiques.

En France la psychologie de la santé a seulement vu le jour comme discipline universitaire en 1996 par la création d'un DESS. C'est dans le cadre de cette formation et pour fournir aux étudiants un document pédagogique structuré que le premier ouvrage des concepts fondamentaux de la psychologie de la santé a été publié en 2006. Une deuxième édition a vu le jour en 2014. Mais, depuis la première édition, le champ de la psychologie de la santé s'est beaucoup élargi et ses orientations se sont diversifiées. De nouvelles thématiques sont apparues comme les apports de la psychologie positive, les nouveaux éclairages sur l'adaptation, la place de la spiritualité, etc. Par ailleurs, de nouvelles pistes de recherche issues en particulier de la psycho-neuro-immunologie, et des prises en charge des malades centrées sur le « malade intégral » et non plus seulement sur la maladie, se sont développées. Pour les professionnels de la santé en particulier, confrontés à une évolution des soins leur pratique implique une meilleure intégration des facteurs psychiques et sociaux.

Voilà pourquoi cette présente édition de la psychologie de la santé n'est pas une simple nouvelle édition, mais une refonte importante de l'ouvrage initial. Dans cette nouvelle présentation nous avons notamment cherché à mettre à disposition des étudiants, des supports pédagogiques relatifs aux enseignements dispensés actuellement dans les cursus universitaires de la psychologie de la santé. Cet objectif se traduit concrètement par l'intégration de nouveaux outils à l'interface de plusieurs disciplines comme des théories et des concepts qui articulent la psychologie de la santé et la psychologie clinique. Dans cette perspective l'ouvrage est construit de façon à ce que chaque chapitre dégage également un éclairage sur un thème particulier, afin d'acquérir les connaissances de base à partir des concepts développés.

Chaque chapitre développe un des concepts présentés suivant un plan qui permet d'abord d'avoir un aperçu des principales caractéristiques du domaine étudié, ensuite

de connaître les théories les plus importantes, enfin de se familiariser avec les expériences et les outils utilisés. À la fin de chaque chapitre seront repris les principaux concepts clés sous forme de définition, ainsi qu'une liste de lectures conseillées. Au regard de ces éléments, cet ouvrage représente un élargissement et un approfondissement des concepts fondamentaux de l'ouvrage précédent. C'est pourquoi il se présentera sous un nouvel intitulé : « Les bases de la psychologie de la santé ».

Un aperçu des différents chapitres permettra maintenant d'en saisir les principales orientations de la santé.

Le chapitre 1 présente le cadre conceptuel de la psychologie de la santé. Il s'organise autour de quatre axes :

- Le premier donne un éclairage général sur la psychologie de la santé en partant d'une compréhension de la santé et de la maladie à travers la présentation de diverses conceptions de la santé : biomédicale, anthropologique et psychologique ; il donnera ensuite les caractéristiques essentielles de la psychologie de la santé qui s'est construite autour de plusieurs axes importants.
- Le deuxième aspect présentera les principales orientations autour desquelles s'est développée la psychologie de la santé.
- Le troisième présentera de façon succincte les modèles explicatifs les plus utilisés en psychologie de la santé et montrera comment la psychologie de la santé s'est structurée autour de ses principales théories scientifiques.
- Le quatrième aspect a trait aux différentes relations que la psychologie de la santé entretient avec d'autres disciplines de la santé comme la psychologie médicale, la psychosomatique, la psychanalyse, la psychologie clinique, la psycho oncologie ou plus récemment la psycho neuro immunologie.

Pour terminer ce chapitre nous donnerons quelques indications sur les perspectives nouvelles ouvertes par la psychologie de la santé à la fois en termes d'enseignement universitaire et de nouveau profil professionnel de psychologue intégré notamment aujourd'hui dans des services hospitaliers d'oncologie.

Le chapitre 2 portera sur les modèles et théories en psychologie de la santé. Il montrera que cette discipline récente s'est constituée à partir d'acquis théoriques déjà nombreux et variés. Nous en présenterons les plus importants et les plus novateurs.

Ils seront regroupés autour de trois grands axes :

- Le premier axe concerne **les théories comportementales et de l'action qui réunissent plusieurs approches** :
 - La théorie de l'action raisonnée fondée sur le postulat que les comportements de santé sont liés à des intentions et se situent à l'interface des comportements

effectifs et des attitudes. Ce modèle a été appliqué à la prédiction des comportements de santé.

- La théorie des comportements interpersonnels présente les comportements comme le résultat d’une triple influence : la force des habitudes, l’intention et les conditions favorables ou défavorables.
- La théorie du comportement planifié repose sur l’idée que l’on est prêt à adopter un comportement sain si on y croit. Ce modèle est appliqué à une variété de comportements de prévention.
- Le modèle intégrateur qui porte sur la prédiction des comportements de santé et propose un cadre unificateur en vue d’améliorer la prédiction des comportements.
- Les processus en étape. Ce modèle a été élaboré en vue de déterminer le poids de l’influence de diverses croyances sur l’efficacité d’un comportement de santé.
- Le deuxième axe est celui des **théories sociocognitives de la santé** sous lequel seront présentées deux orientations principales :
 - Les théories des croyances relatives à la santé (Health Belief Model) qui comportent d’une part la théorie de l’auto efficacité basée sur la croyance que nous pouvons provoquer des changements de comportement grâce à nos efforts personnels, et de l’autre la théorie des systèmes auto régulés basés sur l’influence et la clarté des informations données aux patients pour qu’ils adoptent des nouveaux comportements de santé.
 - Les théories des représentations sociales de la santé et de la maladie. Il s’agit d’approches basées sur l’idée que les individus élaborent des cadres d’analyse pour rendre intelligible leur rapport à la santé et à la maladie. Il peut s’agir de représentations personnelles ou sociales.
- Le troisième axe est celui des **approches cliniques de la santé** et portera essentiellement sur l’importance et le rôle des états émotionnels et affectifs dans le cas de la bonne santé comme de la maladie.

Le chapitre 3 abordera les facteurs pathogènes de la santé. Il est centré sur les relations entre stress et santé en montrant l’importance et le rôle joué par le stress dans de nombreux problèmes de santé.

Depuis de nombreuses années les études ont dégagé le stress comme un important facteur de risque sur la santé et l’évolution de plusieurs types de maladies, telles que les pathologies cardiovasculaires ou les cancers.

Ce chapitre développera trois aspects essentiels :

- Le premier abordera les **principaux modèles théoriques du stress** à travers trois conceptions principales : les approches physiologiques, les approches psychologiques et celles portant sur le stress professionnel.

- Le deuxième aspect présentera **les principales méthodes qui ont été élaborées pour mesurer le stress**. Nous retiendrons d'abord les mesures objectives regroupant d'un côté les données physiologiques, et de l'autre les événements de vie (majeurs et mineurs).
- Ensuite nous aborderons les mesures du stress psychologique.
- Enfin nous présenterons les principales mesures du stress professionnel.
- Le troisième aspect du stress portera sur **ses conséquences en psychologie de la santé**.

Trois questions principales seront abordées : la relation entre stress et immunité, stress et maladies cardiovasculaires, stress et cancer. Nous terminerons par les conséquences spécifiques dans le domaine du stress professionnel sur la santé.

À travers cet aperçu, la psychologie de la santé accorde une importance à la place et aux impacts divers du stress sur la santé, en montrant notamment comment il peut affecter des situations de vie et de bien-être des individus.

Le chapitre 4 est centré sur l'adaptation et le coping. Il s'agit de deux processus importants en psychologie de la santé. Tout un champ d'études s'est développé notamment à partir de la notion de coping. Nous en présenterons les aspects essentiels en développant quatre points :

- Le premier est une **réflexion introductive sur la question de l'adaptation** qui est un processus fondamental, plus large et plus complexe que celui de coping. Il montrera d'abord que face aux stimulations, contraintes, chacun mobilise des capacités et des réactions pour les affronter. En psychologie de la santé, cette notion est intimement liée à celle de coping.
- Le deuxième porte sur **la notion de coping proprement dit en psychologie de la santé**. Il s'agit d'un terme anglais qui veut dire faire face et désigne la manière de réagir et d'affronter des situations ou des événements de vie difficile. Cette notion a été l'objet d'une conceptualisation et d'une opérationnalisation concernant, d'une part, les facteurs déterminants du coping parmi lesquels on retiendra les facteurs sociaux biographiques, contextuels cognitifs et de personnalité ; d'autre part, les formes et styles de coping où l'on distingue le coping centré sur le problème et le coping centré sur les émotions ; enfin, les mesures du coping qui englobent un certain nombre de méthodes élaborées pour évaluer les différents effets et l'efficacité.
- Le troisième point présentera **le concept de mécanismes de défense issu de la psychanalyse**. Il rend compte de processus différents de ceux du coping pour éclairer des mécanismes intrapsychiques permettant de comprendre des formes de réadaptation ou d'adaptation plus symptomatiques dans le champ de la santé et de la maladie.

- Le quatrième point développera **une approche complémentaire de l'adaptation et du coping basée sur des orientations plus récentes** et parmi lesquelles on retiendra : la résilience, la croissance post-traumatique, le changement de valeurs.

Le chapitre 5 est centré sur un aspect spécifique de la psychologie de la santé, celui de la maladie.

Il s'agit d'un domaine à la fois objet d'études expérimentales et d'études empiriques.

La maladie est le plus souvent définie comme une pathologie organique basée sur une vision essentiellement médicale. Ce chapitre présentera la conception de la psychologie de la santé sur la maladie comme un apport spécifique et novateur.

Deux aspects essentiels seront retenus :

- Le premier concerne **les facteurs de risque** et couvre les différents stades d'évolution d'une maladie grave en montrant d'une part les risques psychiques et leur rôle dans le déclenchement comme dans l'évolution d'une pathologie, et en dégageant d'autre part les caractéristiques psychosociales liées à chaque étape d'une maladie.
- Le deuxième sera centré sur **une compréhension de la maladie basée sur la psychologie de la santé** : elle n'est alors pas seulement une pathologie au sens biomédical, mais aussi une expérience personnelle et psychique vécue comme une épreuve bouleversante qui implique des adaptations douloureuses.

Le chapitre 6 porte sur la place et le rôle psychologique du soutien social en psychologie de la santé. Cette notion est depuis longtemps étudiée en psychologie, notamment en psychologie sociale. Elle n'est donc pas propre à la psychologie de la santé.

- Dans un premier temps, nous montrerons **les principaux aspects du soutien social** tel qu'il se dégage des travaux en psychologie sociale en tant que modalités des relations, et facteur d'intégration sociale.
- On dégagera dans ce sens les principales fonctions et conséquences du soutien social en termes affectifs, cognitif et comportemental.
- Dans un deuxième temps, nous traiterons **la question du soutien social en tant que facteur de renforcement et de protection de la santé**. Nous présenterons les résultats d'un certain nombre d'études qui ont mis l'accent tantôt sur des facteurs de risque lié par exemple à des conséquences négatives sur la santé de l'absence de contacts sociaux ou d'activités sociales, tantôt comme des facteurs de protection de la santé comme le niveau d'intégration.
- Dans un troisième temps, nous aborderons **le rôle du soutien social dans la maladie** en présentant d'abord différents types d'aide et en montrant leur impact

sur les malades, ensuite en indiquant l'importance de la relation entre soutien et qualité de vie des malades, enfin en soulignant le sens du soutien individuel et de la psychothérapie, sans développer ces points largement traités par ailleurs dans des ouvrages spécialisés.

Ce chapitre prend donc surtout en compte les principaux aspects du soutien social qui interviennent dans le champ de la psychologie de la santé, et notamment en situation de maladie.

Le chapitre 7 éducation et santé concerne un domaine qui revêt une importance particulière aujourd'hui, notamment en raison des comportements à risque et des nouvelles pathologies qui leur sont liées.

Il s'organisera autour de quatre axes principaux :

- Le premier montrera **ce que recouvre la notion d'éducation à la santé** en la distinguant de l'éducation pour la santé. Il mettra l'accent sur le fait qu'il s'agit d'une réalité complexe qui va de la nécessité d'informer, de prévenir à celle de rassurer ou d'accompagner.
- Le deuxième concerne **la promotion de la santé**. Il présentera d'une part les contours de cette démarche à travers les actions majeures qui la composent ; et d'autre part il développera une des interventions la plus importante appelée l'approche communautaire ; enfin un apport plus récent dans ce domaine est celui de la psychologie positive dont on soulignera l'intérêt.
- Le troisième aspect porte sur **la prévention**. Il s'agit d'un ensemble de mesures et d'interventions visant à éviter ou à réduire des risques d'accident ou de maladie avant qu'ils ne surviennent. Dans ce domaine, on distingue trois types d'interventions : la prévention primaire, secondaire et tertiaire.
- Le quatrième axe porte sur **l'éducation thérapeutique** du patient qui tient une place spécifique. Il sera considéré sous plusieurs angles à partir de la présentation de démarche comme les programmes de Disease Management ou le cadre de l'observance thérapeutique.

L'intérêt de l'éducation à la santé aujourd'hui réside donc dans un ensemble de dispositifs dont le sens et le rôle sont le développement d'actions éducatives en matière de santé afin d'informer, de prévenir et d'accompagner.

Le chapitre 8 psychologie, spiritualité, et santé présente une approche novatrice qui ne figure encore guère parmi les thèmes enseignés dans les programmes universitaires de psychologie de la santé.

En réalité, la spiritualité fait aujourd'hui de plus en plus partie d'une nouvelle forme de prise en charge des malades notamment au stade terminal et en soins palliatifs.

Ce chapitre abordera les principales dimensions de ce concept tel qu'il s'est particulièrement développé dans le champ de la santé.

Il s'articulera autour de deux aspects essentiels :

- le premier portera sur **une précision des différents concepts utilisés** : la spiritualité, la religion, la santé. Ils sont l'objet d'approches multiples souvent liées à des compréhensions diversifiées, opposés voire contradictoires.
- le deuxième aspect est plus directement centré sur **les relations entre spiritualité et santé**. L'intérêt porté à cette réalité s'est surtout développé dans le milieu soignant et l'accompagnement des malades. Il a donné lieu à un ensemble de recherches depuis les années 1980 et nous en présenterons quelques-unes à titre d'illustration. Ainsi les notions de coping spirituel et religieux ou de soutien spirituel seront précisées dans ce cadre.

Un certain nombre de travaux dans ce domaine laisse entrevoir la place et le rôle de la spiritualité comme une ressource psychologique et comme une stratégie efficace pour faire face aux bouleversements de la vie et à la maladie.

Dans ce sens, ce chapitre constitue lui-même une introduction et une initiation à la dimension spirituelle en psychologie de la santé.

La présentation d'ensemble des chapitres indique la visée essentielle de cet ouvrage : définir les fondements de la psychologie de la santé en fournissant aux étudiants les concepts de base, dont certains réactualisés, et proposer une démarche pédagogique permettant de se familiariser avec les principales orientations de cette discipline.

En tant qu'ouvrage de référence en psychologie de la santé, ce livre pourra être d'une grande utilité à tous ceux qui cherchent à mieux comprendre les différents aspects psychologiques de la santé et de la maladie : non seulement étudiants, mais aussi personnels soignants, infirmiers, médecins, assistants sociaux...

Enfin, les principaux thèmes de la psychologie de la santé présentés ici pourront servir également de base de formation dans plusieurs domaines concernant les aspects psychiques de diverses pathologies telles que les maladies cardiovasculaires ou les cancers.

Chapitre 1

Santé et psychologie de la santé



Sommaire

1. Qu'est-ce que la santé ?	17
2. La psychologie de la santé.....	21
3. Relation avec d'autres disciplines de la santé	30
Conclusion.....	34
Lectures conseillées	36
Bibliographie	36

La psychologie de la santé est une spécialité de la psychologie qui a développé une nouvelle compréhension de la santé et de la maladie, différente de la conception biomédicale traditionnelle. Elle confère un contenu psychologique et non pas uniquement biologique à la santé, ainsi qu'à la maladie. Elle ouvre également de nouvelles pistes de développement à la psychologie en y intégrant les sciences de la santé.

Ce chapitre introductif a pour but de présenter le cadre général de cette nouvelle discipline qu'est la psychologie de la santé. Dans un premier temps nous aborderons la question de la santé et de ses définitions qui ne cessent d'évoluer et qui montre la complexité d'un tel objet. Nous définirons ensuite ce qu'est la psychologie de la santé. Jeune discipline née en 1977 avec Engel, cette approche propose un regard différent sur la santé, la maladie comme sur les malades. Nous tenterons ici de préciser certains des axes de la psychologie de la santé, ainsi que certaines de ses caractéristiques. Pour finir nous envisagerons les liens que cette discipline entretient avec d'autres approches qui de près ou de loin ont aussi comme centre d'intérêt la santé et la maladie (comme la psychologie médicale, la médecine psychosomatique, la psychologie positive ou encore la psycho-oncologie et la psycho-neuro-immunologie).

1. Qu'est-ce que la santé ?

Dès l'Antiquité, la santé a été l'objet d'une conception harmonieuse de l'homme et de l'univers, appréhendée comme un bon équilibre entre les principaux organes et humeurs qui forment le corps humain. Un poète romain de la fin du I^{er} siècle écrivait que la santé, c'est « un esprit sain dans un corps sain¹ » (Juvénal). Aujourd'hui, la santé est essentiellement définie par la médecine scientifique qui fournit les notions de base pour la compréhension des différents états et organes du corps humain. C'est au cours du XX^e siècle que la notion de santé va être élargie et reliée à des facteurs anthropologiques, philosophiques, sociaux et psychologiques qui sont depuis, considérés comme étant de plus en plus importants.

En France, le terme de santé est encore absent du *Dictionnaire de psychologie* (Doron et Parot, 1991), tout comme du *Vocabulaire de la psychanalyse* (Laplanche, et Pontalis, 1968).

1. Cette citation est reprise comme slogan par l'équipementier sportif ASICS sous la forme *Anima sana in corpore sano*.

La notion de santé qui est dominante en psychologie est celle de la santé mentale. Dans cette optique, la santé mentale concerne le domaine de la psychologie clinique et celui de la psychiatrie. Cette approche de la santé retient essentiellement le fonctionnement psychologique comme facteur d'équilibre ou de troubles psychiatriques de la santé mentale. Elle porte sur le diagnostic, le traitement des troubles psychologiques comme les phobies, les dépressions, les traumatismes. C'est donc essentiellement cette conception de la santé mentale qui s'est emparée en psychologie de la notion de santé. Santé physique et santé mentale étant appréhendées comme des entités séparées.

Au cours des dernières décennies, la conception psychologique de la santé a évolué avec la naissance de la psychologie de la santé qui a développé une compréhension nouvelle de la santé en intégrant notamment les facteurs psychologiques à la vision biomédicale.

Aujourd'hui, les conceptions de la santé et de la maladie, évoluent notamment grâce aux avancées de la recherche médicale, aux développements de la biologie moléculaire et génétique, aux nouvelles découvertes en neurosciences, en neuro-immunologie et en épigénétique.

Encadré 1.1 - Épigénétique: une intuition des psychologues devenue réalité

L'épigénétique est une branche de la biochimie du développement qui s'est fondée sur un constat paradoxal. Chacune de nos cellules est spécialisée dans une fonction précise. Elle renferme dans son noyau, sous la forme de deux molécules d'ADN, l'ensemble de notre patrimoine génétique. Lors du développement embryonnaire, les cellules se spécialisent en produisant des protéines spécifiques. Les gènes qui codent ces protéines sont activés et tous les autres gènes sont inactivés. L'épigénétique permet d'élucider l'interaction complexe entre prédisposition génétique et facteurs de risque environnementaux à l'échelle de l'individu et de la population. Le domaine de l'épigénétique se concentre sur les modifications biochimiques apposées sur les gènes (comme la méthylation¹ de l'ADN qui est au



1. La méthylation est un processus métabolique vital qui a lieu en permanence dans toutes les cellules de notre organisme à un rythme effréné (jusqu'à un milliard de fois par seconde). Biochimiquement, il s'agit d'un processus extrêmement simple qui consiste en la transmission d'un groupe méthyle (un atome de carbone lié à 3 atomes d'hydrogènes, ou CH₃) d'une molécule à une autre. Mais ce procédé, simple en apparence, permet à lui seul d'assurer une multitude de fonctions dans le corps humain, comme la production et la régulation de très nombreuses molécules dont les neurotransmetteurs et les hormones dans le cerveau, la détoxification du corps *via* la production de glutathion (qui n'est autre que l'antioxydant le plus puissant du corps humain), la dégradation de l'histamine dans l'intestin, mais aussi et surtout, selon

→ cœur du processus et qu'il convient de bien comprendre afin de saisir la portée des études dans le domaine) ou sur les protéines liées aux gènes et qui régulent leur activité, mais qui ne sont pas inscrites dans la séquence de l'ADN. Ces modifications sont parfois appelées « empreintes » ou « cicatrices » épigénétiques.

L'épigénétique est donc envisagée ici comme un mécanisme complémentaire au processus lent de la sélection des gènes (phylogenèse) qui s'exprime sous la forme d'une adaptation moléculaire (coping moléculaire) et qui prend la forme d'une plasticité phénotypique en réponse aux changements ou modifications de l'environnement (ontogenèse). Ici l'environnement pourra concerner les contextes négatifs ou émotionnellement perturbants pour l'individu ou, à l'inverse, les contextes positifs, favorables ou réparateurs comme les environnements psychothérapeutiques par exemple. Les études épigénétiques s'accordent à démontrer que les événements de vie négatifs créent des modifications moléculaires et biologiques qui convergent vers une altération durable de certains gènes. L'exposition chronique aux hormones du stress, chez les personnes maltraitées par exemple (qu'elle se produise pendant la période prénatale, la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte ou le vieillissement) a pour conséquence une perturbation épigénétique durable et se trouve associée à une plus grande réactivité au stress, à des troubles cognitifs, émotionnels et comportementaux. La régulation épigénétique de la réponse au stress commencerait dès la vie prénatale et pourrait être directe. C'est ce que montrent certaines études indiquant que l'exposition de femmes enceintes à un traumatisme a des effets sur le nourrisson (Oberlander et al., 2008 ; Schoenrock et Tarantino, 2014 ; Tarquinio, 2019). Toutes ces études mettent en lumière ainsi une vulnérabilisation des enfants sur le plan génétique, ces derniers devenant « à risque » pour le développement à plus ou moins long terme, de troubles anxieux ou dépressifs ou de problèmes de santé. Les stimuli anténataux concernés peuvent être métaboliques (les études de cohortes suivant de grandes famines comme l'« Hiver de la faim » de 1944 aux Pays-Bas pendant l'Occupation ont permis d'évaluer les conséquences de la dénutrition sur plusieurs générations). Pendant la grossesse, cette dernière augmente le risque de développer un trouble de l'humeur (Brown et al., 1995), probablement par le biais de mécanismes épigénétiques (Tobi et al., 2009) ou toxiques (exposition périnatale de rats au bisphénol A (Xu et al., 2010) ou méthylmercure (Onishchenko et al., 2007)), mais cela peut également être

→

.....

l'une des grandes découvertes de ces dernières années, il permet la modulation de l'expression de certains gènes de notre ADN *via* des processus épigénétiques. La méthylation est donc indispensable pour l'entretien, la réparation et la fabrication de nos cellules, la communication intracellulaire, et plus particulièrement, l'héritage d'informations épigénétiques d'une cellule mère aux cellules filles lors de la division cellulaire (qui est le mode de reproduction des cellules). On soupçonne des défauts de méthylation d'être à l'origine d'une grande quantité de pathologies très variées, allant de l'autisme à Alzheimer, en passant par les troubles de l'anxiété, les crises d'angoisses, les troubles déficitaires d'attention avec ou sans hyperactivité, et bien d'autres. Il est donc primordial de maintenir un bon niveau de méthylation dans le corps. Ce processus essentiel est fonction de deux paramètres principaux : les facteurs environnementaux, en particulier l'alimentation, ainsi que les facteurs génétiques.



le fait de l'anxiété de la mère. C'est en tout cas ce que semble montrer une étude qui s'est intéressée au statut neurodéveloppemental d'enfants dont les mères présentaient une anxiété pathologique. Les auteurs ont ainsi mis en évidence une hypodensité de la substance grise, notamment au niveau du cortex préfrontal (Buss *et al.*, 2010).

Au fond, l'épigénétique confirme l'intuition de tous les cliniciens à savoir qu'on ne peut saisir la problématique psychopathologique des patients qu'à la condition de l'inscrire dans une perspective historique et développementale. Les traumatismes du passé (en tout cas vécus comme tels) sont autant de facteurs de risque, susceptibles de potentialiser le développement de pathologies psychiques (sans doute aussi physiques) dans le futur. Cependant, plusieurs études réalisées auprès de l'animal ont mis en évidence que ces modifications n'étaient pas définitives et qu'un ajustement du contexte permettait d'atténuer et de réparer la séquence de programmation épigénétique liée au stress juvénile antérieur. Un environnement enrichi à la période de la puberté peut même contrebalancer chez l'adulte les effets négatifs d'une privation sévère de soins maternels pendant les premiers jours de vie (Francis *et al.*, 2002). La grande plasticité des empreintes épigénétiques et leur sensibilité aux conditions environnementales donnent aussi une assise biologique à l'idée que rien n'est jamais définitivement fixé (Davidson et McEwen, 2012).

Le rôle de l'épigénétique est soupçonné et très étudié dans le développement et la progression de maladies complexes et multifactorielles, comme les maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson, sclérose latérale amyotrophique, Huntington...) ou métaboliques (obésité, diabète de type 2...). De nombreuses études épidémiologiques suggèrent en outre l'existence de liens entre diverses expositions au cours de la vie intra-utérine (voire dès la fécondation) et la survenue de maladies chroniques à l'âge adulte.

Ces différentes approches prennent en compte une pluralité de facteurs pour expliquer la santé et la maladie. En même temps, elles s'accompagnent d'un profond changement dans l'étude des relations corps – esprit, où la santé, comme la maladie sont appréhendées à travers une complexité de processus interdépendants pour expliquer ce qui maintient quelqu'un en bonne santé ou peut-être déclenche une maladie.

À partir de ces données, la santé a été considérée comme un état qui intègre plusieurs dimensions (psychologique, biologique, sociale). L'Organisation mondiale de la santé donne dès 1946 une définition plutôt intégrative de la santé. Cette dernière est envisagée comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946). Une telle définition propose une vision complète et démedicalisée de la santé (le médecin n'est plus le seul habilité à définir l'état de santé d'un individu).

Elle souligne en outre la part subjective, globale, contextuelle et multidimensionnelle de la notion de santé.

Les choses ont évolué en 1986 lors de la première conférence internationale sur la promotion de la santé organisée à Ottawa. Les besoins des pays industrialisés y sont particulièrement abordés. La charte décrit cinq domaines d'actions pour la promotion de la santé :

- l'élaboration de politiques pour la santé ;
- la création d'environnements favorables ;
- le renforcement de l'action communautaire ;
- l'acquisition d'aptitudes individuelles ;
- la réorientation des services de santé (OMS, 1986).

La promotion de la santé y est définie comme un « processus qui donne aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; elle devient un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé. Elle ne se borne pas seulement à précociser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé. Son ambition est le bien-être complet de l'individu ». Cette définition de la santé s'avère donc plus ambitieuse que celle proposée par l'OMS en 1946. D'abord, elle propose une vision dynamique et engagée de la santé. Il ne s'agit plus de faire de simples constats, mais d'agir pour transformer les choses et permettre à chacun de disposer des ressources nécessaires pour aller mieux et être en bonne santé. Ensuite, une telle approche est dépositaire d'un projet sociétal plus que louable car il s'agit de faire en sorte de réduire les inégalités de santé en donnant à tous les individus les moyens et les occasions de se réaliser.

2. La psychologie de la santé

La psychologie de la santé est une spécialité de la psychologie qui est relativement récente. C'est sans doute Engel (1977) qui posa les bases de cette discipline en publiant dans la prestigieuse revue *Science* un texte clé intitulé « The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine » :

« Lorsque des personnes de diverses obédiences intellectuelles et culturelles utilisent des termes analogues à “maladie”, elles ont à l’esprit, entre autres, que les phénomènes en question impliquent une déviation ou une discontinuité centrée sur la personne, nocive et indésirable. Un modèle médical doit aussi tenir compte du patient, du contexte social dans lequel il vit et du système complémentaire conçu par la société pour faire face aux effets perturbateurs de la maladie [...] Cela nécessite un modèle biopsychosocial » (Engel, 1977).

Aujourd’hui encore, il est difficile de faire l’économie de ce modèle biopsychosocial qui a influencé plusieurs générations de psychologues et sans doute aussi de médecins et de soignants et dont il est à tort ou à raison difficile de faire l’économie en psychologie de la santé.

Cette dernière a été créée en 1979 par l’American Psychological Association (APA) et s’est d’abord développée dans le contexte nord-américain et anglo-saxon. La division 38 « Psychologie de la santé » de l’APA fut officialisée dès les années 1980 et comportait comme objectifs :

- la prévention, le diagnostic, le traitement et la réadaptation des maladies physiques et mentales ;
- l’étude des facteurs psychologiques, sociaux, émotionnels et comportementaux des maladies physiques et mentales ;
- l’amélioration du système de soins de santé et de la politique sanitaire des États-Unis.

Au départ, elle était conçue comme « la synthèse des contributions (éducative, scientifique et pratique) de la psychologie, à la promotion et au maintien de la santé, ainsi qu’à la prévention et aux traitements des maladies et des dysfonctionnements associés » (Matarazzo, 1980). Elle a été dans ce sens d’abord envisagée comme une aide et une application des savoirs de la psychologie à la médecine. En 1985, elle fut ensuite reconnue comme une discipline spécifique, notamment à partir de la parution du premier manuel nord-américain intitulé *Health Psychology* (Stone, Cohen et Adler, 1979).

La psychologie de la santé est aujourd’hui un domaine reconnu de la psychologie. Elle se définit comme l’étude des processus complexes et interdépendants (biologique, psychologique, sociaux) qui interviennent à la fois dans le maintien de la santé et dans le déclenchement et l’évolution des maladies.

Lors de son introduction en France, la psychologie de la santé s’est surtout développée à Bordeaux et à Metz. Mais des différences notables ont très vite émergé. À l’université de Bordeaux, Marilou Bruchon-Schweitzer a très tôt considéré la

psychologie de la santé comme une « jeune discipline à l'interface des sciences biomédicales et des sciences du comportement » (Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994). Une telle approche est assez largement inspirée des théories comportementales et s'intéresse principalement à la recherche d'invariants individuels généralisables. Une telle conception a donné lieu à de nombreuses recherches qui font la richesse scientifique de la psychologie de la santé en France. Pour Gustave Nicolas Fischer à l'université de Lorraine (site de Metz), la psychologie de la santé est « une approche qui intègre divers apports de la psychologie, en particulier ceux de la psychologie sociale et ceux de la psychologie clinique et qui tient compte des contextes liés à la maladie et à l'entourage » (Fischer, 1998). Une telle approche est plutôt centrée sur la plasticité singulière des comportements de santé, toujours située dans un contexte historique, social et culturel. Une telle orientation s'est par ailleurs très tôt attachée à la question de l'intervention sur le terrain des psychologues de la santé (Fischer et Tarquinio, 2014) et de leur spécificité. En effet, il ne suffit pas que la psychologie de la santé soit un champ d'investigation scientifique, il faut aussi qu'elle soit à même de développer un cadre interventionnel, propre, efficace et adapté. C'est loin d'être le cas car il faut bien l'avouer la psychologie de la santé a longtemps œuvré pour se distinguer et se différencier de la psychologie clinique. Ce fut une erreur ! Car si la maladie et la santé sont déterminées par des caractéristiques propres, il n'en demeure pas moins que les individus qui en sont les dépositaires, sont mus par des processus psychologiques qui ont été étudiés par la psychologie depuis ses origines. La maladie ou la santé ne sont pas des états qui « tombent du ciel » ! Ils doivent être compris et envisagés à la lumière de ce que sont les individus et donc de leur histoire personnelle, sociale et culturelle. Ces derniers déterminent leur rapport au monde et à eux-mêmes (et donc à la santé), certes à partir de cognitions, de représentations, de traitement de l'information, mais aussi d'émotions et de processus psychiques et défensifs dont il convient de tenir compte. Aussi, les apports d'une psychologie clinique moderne et ouverte seront une ressource pour la psychologie de la santé qui ne pourra pas se satisfaire de ses propres modèles pour proposer une vision juste des patients et des malades. En effet, ces modèles sont souvent trop arides et mécanistes pour envisager une compréhension heuristique du fonctionnement du sujet. S'ils s'avèrent pertinents pour la recherche, on peut les considérer comme insuffisants pour la pratique clinique et la prise en charge des patients.

Cette psychologie de la santé est souvent d'ailleurs considérée comme éloignée du vécu des patients. Elle fait l'objet d'une remise en question depuis les années 1980 par un courant interne à la psychologie de la santé : la psychologie critique de la santé (Stam 1998 ; Santiago, 2000, 2002). Ce dernier propose d'autres

méthodes et des théories qui se fondent sur des études longitudinales de la vie concrète des patients, sur la manière dont les sujets donnent sens à leur activité. Les besoins des patients, leurs évolutions, leurs interactions avec leur entourage deviennent un des objets de l'investigation qualitative en psychologie de la santé ; un autre objet de travail étant l'analyse des impacts subjectifs des systèmes politiques et économiques des différentes organisations de soins. Leurs méthodes et dispositifs, en cohérence avec ces nouveaux postulats, sont de type qualitatif et refusent la réduction solipsiste d'un sujet (cognitif pur et/ou affectif pur) coupé de son corps, du monde psychosocial et du sens de son action.

2.1 Les principaux axes de la psychologie de la santé

La psychologie de la santé s'est organisée comme un domaine spécifique de la psychologie autour de plusieurs axes principaux. Nous avons choisi d'en présenter deux brièvement, les facteurs de risques psychologiques, ainsi que la prévention et la promotion de la santé.

2.1.1 Les facteurs de risques psychologiques

La psychologie de la santé s'est développée autour d'une approche multifactorielle et interactionnelle pour expliquer d'abord les raisons psychologiques d'être en bonne santé et ensuite les causes psychologiques de tomber malade. À cela s'ajoutent des études médicales et épidémiologiques qui mettent en évidence des antécédents biologiques, sociodémographiques, de mode de vie, etc., et qui, d'après certaines études, peuvent expliquer près de 50 % des causes des maladies (Harris et Guten, 1979). Dans cette perspective, elle étudie le rôle spécifique de certains facteurs comme les événements de vie, les comportements à risques psychosociaux et les traits de personnalité qui peuvent être considérés comme des déclencheurs de maladie et être associés à d'autres facteurs.

- **Les événements de vie** : un événement de vie peut être interprété comme ayant un impact négatif sur la santé à travers le retentissement émotionnel traumatique qu'il provoque sur un individu. Ici on ne tient donc pas seulement compte de la gravité objective, de l'intensité ou de la durée d'un événement, pour déterminer sa cause dans le déclenchement d'une maladie, mais des réactions personnelles dans la situation. En ce sens, c'est le type d'interaction existant entre une situation et un événement qui sera retenu comme facteur de risque. Pour la psychologie de la santé, les interactions représentent des modérateurs ou des régulateurs, c'est-à-dire qu'ils sont analysés comme des facteurs pouvant jouer un rôle d'amplificateur ou d'accélérateur dans l'apparition ou l'évolution d'une maladie.

Par conséquent, la façon dont les gens réagissent à une situation stressante, ce qu'ils font, leurs états émotionnels, sont des modérateurs ou des régulateurs qui peuvent expliquer une part des facteurs de risque psychologiques d'une maladie. Cet aspect montre que la psychologie de la santé vise à comprendre et à expliquer les causes des maladies en mettant en évidence des facteurs de risque psychologiques spécifiques liés à la manière dont un individu réagit face à l'adversité.

- **Les comportements à risques:** dans cette optique, la psychologie de la santé étudie le rôle de certains comportements dans l'étiologie et l'apparition des maladies. Il s'agit ici de mieux comprendre quel est l'impact positif ou négatif d'un ensemble de manières d'être, de comportements sur notre santé: nos modes de vie, notre alimentation, la consommation d'alcool, de tabac, etc. Les études sur ces questions ont permis d'identifier des caractéristiques psychologiques spécifiques à certains comportements à risques.

Encadré 1.2 - Facteurs de risque des cancers

Depuis 1992, l'étude EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) a comme objectif principal d'étudier les relations entre l'alimentation, l'état nutritionnel, le mode de vie, les facteurs environnementaux et l'incidence des cancers (Clave-Chapelon, 2015 ; Riboli *et al.*, 2002). Elle est le fruit de la collaboration de 23 centres dans 10 pays européens. Au total, plus de 500 000 bénévoles âgés de 35 à 70 ans ont été inclus. Des prélèvements sanguins ont été faits chez la plupart des participants. L'étude a intégré des questionnaires sur le mode de vie et les régimes, des marqueurs biologiques alimentaires et des polymorphismes métaboliques et génétiques. Elle présente l'avantage de pouvoir comparer l'incidence des cancers ainsi que les niveaux des facteurs de risque (notamment alimentaires) entre les centres. L'étude EPIC a mis en évidence ou conforté de nombreux résultats sur les relations entre apport en fibres, consommation de viandes rouges et transformées (dont les charcuteries) et cancer colorectal. L'étude EPIC a non seulement déterminé l'importance de l'alimentation variée et équilibrée dans la prévention du cancer mais aussi du mode de vie avec le fait de fumer et/ou de boire... En particulier en mettant en lumière le rôle des fibres dans la prévention du cancer colorectal, les risques liés à l'obésité dans ce même cancer et dans celui du sein, ainsi que l'importance d'un minimum d'activité physique.

Dans ce domaine, la notion de comportement à risque a l'intérêt de renseigner sur la variabilité des risques liés non seulement à l'analyse des quantités de substances toxiques dans un paquet de cigarettes ou une bouteille de whisky par exemple, mais aussi au rôle des processus cognitifs, émotionnels qui accompagnent la consommation d'alcool ou de tabac.

De nouvelles recherches en psychologie ont mis l'accent sur l'importance des *distorsions* ou biais qui influencent la compréhension que l'on peut se faire de son propre comportement. Parmi les distorsions les plus importantes intervenant dans les comportements à risque, retenons la surestimation de la confiance, le sentiment de contrôle et la croyance de son invulnérabilité (Kouabenan, 2000). L'intérêt de ces processus est de montrer que les comportements à risques ont tendance à dénaturer la perception des risques réels en minimisant certains aspects ou en y trouvant certains avantages. Les comportements à risque mettent donc, d'une manière ou d'une autre, notre santé en danger. Parmi les comportements à risque les plus étudiés aujourd'hui, notons ceux qui attirent l'attention sur les habitudes alimentaires, la consommation d'alcool et de tabac et l'exposition solaire. Ces comportements sont considérés comme des facteurs de risques potentiels dans les maladies cardiovasculaires et dans plusieurs types de cancers.

- **Les traits de personnalité** : en psychologie, divers aspects de notre personnalité ont été étudiés et retenus comme jouant un rôle, plus ou moins *élucidé* dans le développement des maladies. La psychologie de la santé a abordé cette question à travers des recherches très diversifiées dans lesquelles ce n'est pas la personnalité comme *totalité* complexe et unique, mais des aspects particuliers appelés des traits de personnalité, c'est-à-dire, des dimensions très spécifiques comme la détresse, la dépression ou le sentiment d'impuissance qui ont été analysées. C'est notamment par rapport au risque de cancer, que certains traits de personnalité ont été validés comme des traits stables de nature à représenter un risque.

2.1.2 La prévention et la promotion de la santé

La prévention et la promotion de la santé sont souvent associées dans la littérature médicale, alors même que la délimitation de ces concepts peut varier considérablement. Quatre niveaux de prévention sont utilisés dans le domaine des soins de santé primaires : prévenir la survenue d'une maladie (prévention primaire), dépister précocement (prévention secondaire), éviter les complications (prévention tertiaire) ou éviter la surmédicalisation (prévention quaternaire) (Bentzen, 2003). Le réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS) définit la promotion de la santé comme « un sous-champ de pratique du domaine de la santé publique/communautaire/des populations, dont l'objet est le changement planifié des habitudes et des conditions de vie ayant rapport avec la santé au moyen de techniques d'intervention précises (éducation pour la santé, marketing social, communication publique, action politique, développement communautaire, développement organisationnel)... Un des concepts inhérents à la promotion de la santé est l'autonomisation (ou *empowerment*) » (Promosanté, 2014).

Encadré 1.3 - Bienfaits des activités physiques et sportives (ou APS)

Le sport pratiqué avec modération, avec régularité et de façon adaptée est clairement un facteur de bonne santé. La pratique des APS est réputée pour favoriser le développement harmonieux du corps, prévenir certaines maladies (cardiovasculaires en particulier), lutter contre la fatigue, le stress, améliorer la qualité du vieillissement et augmenter l'espérance de vie. Les APS limitent et reculent la date de la dépendance des plus anciens et des plus fragiles, et ainsi améliorent la qualité de vie des personnes avançant en âge sans déficience grave. L'exercice physique stimule donc bien les conditions primaires de la santé et cette idée répond à une préoccupation déjà ancienne défendue par les hygiénistes dès la fin du ^{xx}e siècle.

Actuellement, la pratique des sports est devenue un « signe » de bonne santé ; elle met en lumière l'importance du bien-être corporel, de l'esthétisme et du souci de valoriser l'image de soi qui recouvre une autre histoire que celle de l'hygiène. Elle relève des aspects sociaux, du style de vie et de ses codes modernes. Au-delà des aspects sociaux d'insertion, de développement personnel, les APS modérées ont aussi des effets positifs sur la santé physique. Ainsi, dans l'étude de Framingham dès 1967 (Kannel, 1967 ; Paffenbarger *et al.* 1986) réalisée sur les anciens élèves de l'université de Harvard suivis de 1962 à 1988, le rôle de la sédentarité dans les risques cardiovasculaires et l'intérêt protecteur de la pratique d'une vie active ont été démontrés.

Myers en 2002 a confirmé que l'exercice physique diminue la mortalité et le risque cardiovasculaire chez l'homme. Il démontre en plus que le bienfait existe, que le sujet ait ou non un antécédent cardiaque. On peut donc parler de rôle protecteur contre la « part acquise » des déterminants des maladies cardiovasculaires, au sujet de l'activité physique. Selon le rapport *Physical Activity and Public Health* du Center for Disease Control and Prevention du collège américain de médecine du sport de 1995, l'activité physique bien menée réduit le risque de mort prématurée, en particulier lié aux maladies cardiovasculaires et le risque de développer du diabète de type II, de l'hypertension artérielle et un cancer du côlon.

2.2 Quelques caractéristiques de la psychologie de la santé

Ces grandes orientations permettent de dégager certaines caractéristiques de la psychologie de la santé. Elles vont montrer essentiellement que la santé et la maladie dépendent également de facteurs psychosociaux et pas seulement de facteurs biologiques. Ils sont donc considérés comme ayant une importance et un rôle spécifique. La psychologie de la santé va leur donner une place et une validation scientifique. Parmi les principaux facteurs, nous retiendrons les facteurs psychosociaux proprement dits et les facteurs de personnalité.

2.2.1 Les facteurs psychosociaux

Les facteurs psychosociaux regroupent un ensemble de caractéristiques socio-environnementales extérieures comme l'âge, le niveau socio-économique, le contexte familial, le sexe, les événements de vie, etc. Pour illustrer leur importance, prenons l'exemple des événements de vie. L'observation courante permet de constater que certains événements de vie, considérés comme stressants peuvent avoir des conséquences négatives sur la santé. L'intérêt des travaux portant sur le stress provoqué par des événements de vie sur la santé débute avec les travaux de Meyer (1930). C'est l'adaptation ou le degré de réajustement nécessaire pour faire face qui est quantifié. L'événement est considéré comme l'élément déclencheur de la maladie physique ou psychosomatique. Hawkins, Davies et Holmes (1957, 1967) élaborent l'échelle des événements récents (Schedule of Recent Experience) qui permet aux chercheurs d'étayer leurs études sur les événements de vie, sur les maladies de cœur, les maux de tête et de tester l'hypothèse du lien entre stress et maladies. L'objectif de cet outil est de mettre en évidence des facteurs psychosociaux intervenant chez des patients tuberculeux en comparaison avec un autre échantillon aléatoire d'une population en bonne santé.

L'échelle des événements de vie récents porte sur l'expérience de vie récente et comporte des items relatifs aux difficultés financières, au changement de travail, de résidence, de relations sociales, d'habitudes, aux crises personnelles, au stress au travail ou lié à la vie maritale. Les résultats de cette échelle montrent une fréquence et une concentration plus importante des facteurs négatifs dans les deux ans, voire dans les dix années précédant l'apparition de la maladie comparativement à un groupe en bonne santé au cours de la même période. Selon les auteurs, il y a lieu d'attribuer aux événements majeurs aversifs une diminution de la résistance à la maladie.

Les études sur les événements de vie ont apporté des données variées sur l'importance et le rôle de l'effet de stress sur la santé.

Un autre facteur psychosocial concerne le réseau social dans lequel chacun est inséré. Les études ont cherché à saisir l'importance du rôle de ce facteur sur la santé. On a ainsi pu montrer que c'est moins le réseau social objectif dans lequel on est inséré qui compte, que le soutien dont on est personnellement l'objet. Une étude portant sur 294 malades atteints de divers cancers a mis en évidence le fait que ce qui est le plus important c'est la façon dont les malades perçoivent le soutien social qu'ils reçoivent. Et ce facteur a été considéré comme un indicateur de la survie chez des femmes atteintes d'un cancer du sein (Ell, Nishimoto, Mediansky, Mantell, et Hamovitch, 1992).

2.2.2 Les facteurs de personnalité

Les facteurs de personnalité représentent un autre type important de facteur psychosocial. Depuis longtemps, ils sont considérés comme pouvant avoir un rôle dans la santé comme dans la maladie. L'idée que la personnalité peut influencer l'état de santé trouve son origine dans la tradition hippocratique de la théorie des humeurs. Selon cette théorie, la santé résulte de l'équilibre entre quatre humeurs corporelles : le sang, le flegme, la bile jaune et la bile noire, lesquelles représentaient quatre tempéraments fondamentaux (sanguin, colérique, mélancolique, flegmatique).

La psychologie de la santé a abordé cette question sous des angles très variés, tantôt à partir de l'étude de styles de vie, tantôt de profils de personnalité ou encore de traits de personnalité.

Par ailleurs, la notion même de facteur de personnalité a évolué et diverses approches comme le courant psychosomatique ou l'approche épidémiologique n'ont pas retenu les mêmes réalités à travers les mêmes notions. Enfin, les facteurs de personnalité sont également étudiés selon une orientation qui les considère comme des facteurs de vulnérabilité pour la santé. Ainsi, deux cardiologues américains (Friedman et Rosenman, 1974), ont défini des styles de comportements à risques par rapport aux maladies cardiovasculaires qui se caractérisent par exemple par un sentiment d'urgence permanent, d'impatience ou d'hostilité latente.

Certains aspects de la personnalité sont censés jouer un rôle dans l'étiologie de certaines maladies. Une intrication entre divers types ou styles de comportements, la survenue et l'évolution de certaines pathologies somatiques a été mise en évidence dans différentes études. Deux types de personnalité, appelés type A et type D sont généralement associés au risque de développer des maladies cardiovasculaires. Le type C considéré comme un style de vie à risque, serait associé quant à lui à la survenue de cancers.

- Le **type A** est un profil comportemental qui fragiliserait le système cardiovasculaire. Il se définit par un ensemble de caractéristiques telles que l'impatience, l'agressivité, la compétitivité, le désir de réussir et enfin la reconnaissance sociale. Il a été décrit par Friedman et Rosenman en 1974. Le profil de type A a été mis en parallèle avec le risque de développer des maladies coronariennes aiguës ou chroniques. Cependant à partir des années 1980, l'étude des facteurs de risque coronariens a changé d'orientation. Les études épidémiologiques sont passées d'une approche globale du pattern A à l'étude de certaines de ses composantes sur l'effet cardiovasculaire. Ainsi, seules certaines composantes du type A en particulier l'hostilité seraient associées à un risque coronarien. Ces sujets sont en

autre régulièrement en conflit avec autrui. Le type A n'est plus aujourd'hui considéré comme une simple disposition ni comme une réaction à certaines situations compétitives. Il s'agit davantage d'un style d'interaction entre les individus et dans un contexte particulier plutôt qu'un antécédent dispositionnel stable.

- Le **type C** se définit par des caractéristiques de personnalité telles que la gentillesse, la coopération, la patience. Les individus de type C sont considérés comme des réprimeurs et présenteraient des difficultés à exprimer des affects négatifs tels que des sentiments d'hostilité et de colère dans les situations conflictuelles dont l'hostilité et l'anxiété. Ils présenteraient également un sentiment d'autodépréciation, de pessimisme et de désespoir et masqueraient leur détresse en ayant une affectivité positive apparente. Certaines études ont indiqué que le type C pourrait avoir une valeur prédictive dans la survenue d'un cancer (Conrada, Leventhal et O'Leary, 1990).
- Le **type D** a été développé par Denollet, Sys, Stroobant, Rombouts, Gillebert et Brustaert (1996). Le profil de personnalité de type D se réfère à une propension générale à la détresse psychologique qui se caractérise par une combinaison entre l'affectivité négative et l'inhibition sociale. Le type D est associé au risque d'accident cardiaque et constitue un mauvais pronostic chez des patients ayant fait un infarctus.

3. Relation avec d'autres disciplines de la santé

À côté du domaine de la psychologie de la santé, il existe un certain nombre d'autres disciplines qui se caractérisent également par le fait qu'elles se préoccupent d'étudier les processus psychologiques qui jouent un rôle dans la santé comme dans la maladie. Parmi les plus importantes nous distinguerons, la psychologie médicale et la psychosomatique, la psychologie clinique et la psychiatrie la psycho-oncologie, la psycho-neuro-immunologie et la psychologie positive.

La psychologie médicale est un corpus de savoirs psychologiques mis à la disposition des médecins, dans le cadre de leur formation et de leur pratique. Elle est dispensée aux étudiants de médecine essentiellement par des psychiatres. La psychologie médicale fournit les principaux concepts de la psychologie générale, tels que la personnalité, les aptitudes, la motivation, la cognition, etc., en vue d'une utilisation dans la pratique médicale. Par ailleurs, elle se caractérise comme une psychologie de l'homme malade, c'est-à-dire qu'elle présente des informations sur les aspects psychiques, émotionnels du patient dans les différentes étapes et situations d'une pathologie : maladie grave, maladie chronique, phase des traitements, rémission,

rechute, soins palliatifs, les séquelles et handicaps, etc. Enfin, la psychologie médicale se définit comme une psychologie du médecin dans sa relation avec les malades ; les aspects de communication et de compréhension du malade, et de manière plus large, la dimension psychologique dans la pratique médicale y sont privilégiés. Pour autant, dans cette perspective, psychologie et médecine demeurent deux entités séparées, la psychologie servant seulement de connaissance d'appoint ponctuellement utile à la démarche médicale. Il s'agit donc d'un ensemble de notions mises à la disposition des médecins, mais non intégrées réellement à la pratique médicale.

La médecine psychosomatique constitue un autre champ dont les caractéristiques doivent être précisées par rapport à la psychologie de la santé. L'approche psychosomatique repose, en effet, sur une conception de la relation entre psychisme et maladie, où l'affectivité et le système émotionnel sont considérés comme des facteurs positifs ou négatifs qui influent sur le fonctionnement biologique. Dans ce cas, on appelle maladies psychosomatiques des conflits intrapsychiques qui se traduisent en affections organiques. Autrement dit, ces dernières sont interprétées comme des processus de somatisation liés à des dysfonctionnements psychiques. L'orientation psychosomatique s'est appuyée, d'une part, sur des études psychophysiologiques portant sur la psychogenèse d'affections organiques, et d'autre part, sur la psychanalyse, pour laquelle certaines affections organiques sont des maladies somatiques, c'est-à-dire une expression de conflits psychiques non résolus. Freud avait montré son intérêt pour une telle explication en affirmant « qu'un facteur mental contribue assez souvent à l'origine et à la perpétuation d'importantes maladies organiques ».

Le développement de cette orientation a évolué dans des perspectives distinctes, illustrées par divers courants : alors que les travaux de psychosomatique de l'École de Chicago avaient associé les caractéristiques de maladies psychosomatiques telles que l'hypertension artérielle, l'épilepsie, l'asthme ou les colites à des profils de personnalité, voire à des troubles de type névrotique (Alexander, 1952), pour l'École de psychosomatique de Paris, le processus de somatisation est considéré comme une modalité du fonctionnement psychique, caractérisé par une carence de mentalisation ; dans ce cadre, ont été abordés des concepts comme celui de la pensée opératoire, c'est-à-dire une incapacité d'exprimer ses affects, ceci pour définir une modalité de relation entre les maladies organiques et fonctionnement mental (Marty, et de M'Uzan, 1963). C'est dans ce même contexte que s'est également développé le concept d'alexithymie pour désigner un mécanisme psychique chez des patients souffrant d'affections organiques à forte composante psychosomatique et caractérisées globalement par cette même incapacité à exprimer leurs propres émotions (Sifneos, 1973). À travers ses orientations conceptuelles cliniques, la psychosomatique a mis l'accent sur le vécu subjectif et le sens qu'il revêt pour les

patients ; elle se place donc à un niveau d'investigation empirique dont la validation scientifique ne peut être établie dans les mêmes termes que celle fournie par les méthodes quantitatives.

La psychologie clinique et pathologique se réfère essentiellement comme déjà indiqué, à la santé mentale, c'est-à-dire à une conception de l'appareil psychique en tant que facteur d'adaptation ou causes de troubles pathologiques. Dans ce cadre, la notion de santé mentale a eu tendance à s'imposer en psychologie comme la définition officielle, et en quelque sorte légitime de la santé jusqu'à l'émergence de la psychologie de la santé. Mais de fait, depuis le développement de la psychologie de la santé dans les programmes de psychologie en France, nombre de cliniciens ne se reconnaissent pas dans l'idée de santé telle qu'elle est développée en psychologie de la santé ; en conséquence, on se trouve en présence de deux manières d'aborder la santé : d'un côté, celle des psychologues cliniciens, formés essentiellement à la clinique psychanalytique et qui pratiquent comme psychanalystes ou psychothérapeutes (Garcin, Hacquart, Sidot, 1994), de l'autre, les psychologues de la santé qui sont, dans un certain nombre de cas, intégrés dans des services hospitaliers.

À côté de la psychologie clinique, la psychiatrie s'occupe également, tout comme elle, des troubles psychiques. À la différence de la psychologie clinique, la psychiatrie a une compréhension biomédicale de la santé mentale et applique un plus large éventail de traitements, notamment médicamenteux, à côté des psychothérapies. Pour exercer cette spécialité de psychiatrie, ce sont les études de médecine qui sont requises, l'exercice de la psychothérapie dans ce domaine nécessitant une formation complémentaire.

La psycho-oncologie représente une autre orientation qui se développe dans le champ de la psychologie de la santé. Elle est centrée sur les facteurs psychiques dans les différentes formes de cancer ; discipline récente, créée aux États-Unis en 1983, elle se présente comme une démarche qui préconise des approches globales et pluridisciplinaires concernant non seulement l'étude des facteurs de risques, mais également la prise en charge des malades cancéreux (Holland et Rowland, 1989). Elle met l'accent sur la diversité des aspects psychosociaux impliqués dans le cancer et les traitements, et, par conséquent, sur le besoin d'interventions de psychologues, psychiatres aux côtés des médecins et soignants. Les orientations et les préoccupations de la psycho-oncologie rejoignent celles de la psychologie de la santé, mais en s'attachant de façon particulière aux aspects psycho-sociaux des pathologies cancéreuses dans les diverses étapes de leur évolution.

La psycho-neuro-immunologie aborde l'organisme humain comme une totalité appréhendée à travers l'étude des systèmes d'interactions cellulaires et moléculaires multiples. L'observation de certains dérèglements endocriniens impliqués

dans la défense de l'organisme face à des agents pathogènes, montre dans ce cadre comment le système immunitaire est influencé par ces modifications. Pour la psychologie de la santé, cette approche fournit un éclairage sur la nature et l'importance des interactions entre facteurs psychiques, système nerveux et système immunitaire (Ader, Felten et Cohen, 1990). Elle dégage ainsi une compréhension dynamique des mécanismes de santé à travers différents types d'interactions existant notamment entre état émotionnel et système immunitaire.

La psychologie positive (Martin-Krumm et Tarquinio, 2019) peut se définir comme « l'étude des conditions et processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des personnes, des groupes et des institutions » (Gable et Haidt, in Martin-Krumm et Tarquinio, 2011). Cette discipline qui de plus en plus se développe en France s'intéresse à des objets comme le bonheur, la passion ou le bien-être. Un développement récent des études sur le bonheur (Lyubomirsky, King, et Diener, 2005) montre que celui-ci mène à une meilleure santé, à une meilleure performance au travail, à de meilleures relations sociales et à une conduite plus éthique. Les recherches actuelles soutiennent fortement l'intuition que le bonheur mène à une meilleure santé physique. L'une des études les plus impressionnantes révélant ce lien a été effectuée par Danner, Snowdon et Friesen (2001) qui ont démontré que le contenu affectif positif d'autobiographies manuscrites de sœurs catholiques, rédigées quand elles avaient 22 ans en moyenne, permettait de prédire leur longévité six décennies plus tard. Des données expérimentales témoignent également des effets salutaires du bonheur sur le corps. Dans une étude où les participants avaient été exposés à un virus du rhume, ceux qui rapportaient des niveaux élevés de bonheur s'étaient révélés moins vulnérables (Cohen, Doyle, Turner, Alper, et Skoner, 2003). La psychologie positive s'avère être un référent théorique des plus prolifiques pour la psychologie de la santé. Elle met à la disposition des chercheurs et des cliniciens des concepts qui ont fait leur preuve. C'est par exemple le cas de la notion d'optimisme (Shankland et Martin-Krumm, 2012) qui fait référence aux attentes positives de l'individu face à une situation donnée (optimisme « état ») ou de manière générale dans la vie (optimisme « trait »). Les individus optimistes considèrent qu'ils possèdent les compétences suffisantes pour parvenir à leurs fins, qu'ils peuvent avoir recours au soutien nécessaire ou encore qu'ils pourront bénéficier de la chance pour aboutir à un résultat positif. L'optimisme en tant que trait de personnalité est corrélé à de nombreux indicateurs de santé physique et mentale. Les individus optimistes présentent notamment moins de symptômes dépressifs, de symptômes physiques communs et utilisent des stratégies d'adaptation plus efficaces que les pessimistes et ont moins tendance à dénier la réalité par exemple suite à une intervention chirurgicale (Scheier et Carver, 1993).

En raison notamment de son nouveau corpus théorique, la psychologie de la santé interroge non seulement le rapport antérieur entre psychologie et santé, mais entraîne une modification du rapport de la psychologie elle-même au domaine de la santé. En effet, outre la question du repositionnement des relations entre psychologie clinique et psychologie de la santé, cette dernière révèle un problème plus général de place de la psychologie face aux autres professionnels de la santé, en particulier ceux de la santé mentale – la crainte exprimée çà et là étant de voir la psychologie comme une sous-discipline de la psychiatrie occupant la position d'auxiliaire médicale dans le champ de la santé mentale. Dans ce contexte, l'émergence de la psychologie de la santé peut permettre une clarification de l'objet « santé » au sein de la psychologie, et en conséquence, de mieux définir sa place, son apport et sa relation avec le milieu médical et psychiatrique.

Psychologie clinique et psychologie de la santé n'ont donc certes pas le même positionnement par rapport à la santé, mais constituent des approches complémentaires qui pourront articuler à l'avenir leur compréhension respective de la santé, ainsi que leur apport respectif comme deux dimensions indissociables portées par la psychologie sur la santé. Cette question d'articulation et de coopération, au sein même de la psychologie, est d'autant plus importante que le champ de la santé renvoie de manière plus large au rapport que la psychologie comme science du psychique entretient avec les sciences du vivant et la médecine en particulier. C'est dans cette optique que la spécificité de la psychologie doit également être affirmée dans ses objectifs et ses démarches, comme discipline qui apporte un éclairage propre sur la santé.

La variété des disciplines s'occupant de la santé montre d'un côté la place de la psychologie de la santé dans ce champ de connaissance et de l'autre sa spécificité à l'intérieur de la psychologie.

Conclusion

Ce chapitre a présenté le cadre théorique général de la psychologie de la santé, ainsi que ses principales caractéristiques.

La psychologie de la santé est une des disciplines récentes de la psychologie qui développe des recherches fondamentales et appliquées en vue de promouvoir la santé en tant que bien-être physique et psychique.

Dans ce but, elle se préoccupe plus particulièrement des questions relatives à la prévention, de la prise en charge et de la réhabilitation des malades ainsi que de

l'amélioration des soins de santé. Elle est une approche intégrative qui fait appel à différents champs de connaissances de la psychologie portant sur les cognitions, les émotions, la psychologie sociale et qui contribuent à éclairer des processus complexes liés à la santé et à la maladie.

La psychologie de la santé a aussi élaboré plusieurs modèles explicatifs, parmi lesquels, le modèle biopsychosocial, afin de saisir l'interdépendance des facteurs psychologiques et sociaux dans l'état de santé et de maladie.

Enfin, la psychologie de la santé est une discipline scientifique particulièrement concernée par les problèmes actuels de santé, notamment les modifications des comportements de santé comme par exemple la prise en compte d'une alimentation saine ou encore les prises en charge des maladies chroniques et l'importance de la qualité de vie.

CONCEPTS CLÉS

⇒ **Modèle biopsychosocial**: cadre théorique qui propose une explication intégratrice et multifactorielle des différents processus en œuvre dans les comportements de santé ou dans le déclenchement des maladies. Les principaux facteurs considérés sont biologiques, psychologiques et sociaux et sont appréhendés à différents niveaux comme processus interdépendants.

⇒ **Psychologie de la santé**: discipline récente de la psychologie qui étudie la santé et la maladie à travers des approches centrées sur l'importance et le rôle des aspects psychologiques et sociaux et ceci dans une perspective à la fois de prévention et de prise en charge.

⇒ **Psychologie médicale**: corpus de connaissances psychologiques destiné aux médecins dans le cadre de leur formation et de leur pratique et portant sur la psychologie du malade, la relation médecin-malade, ainsi que sur les caractéristiques psychologiques et émotionnelles des patients.

⇒ **Psycho-neuro-immunologie**: discipline qui étudie l'organisme humain à travers les interactions bidirectionnelles existant entre le système nerveux, endocrinien et immunitaire, d'une part, et les états psychiques émotionnels ainsi que les facteurs socio-environnementaux, d'autre part. L'objectif de cette discipline, qui intègre les apports de la psychologie, des neurosciences et de l'immunologie, est de mieux comprendre comment ces processus agissent dans le déclenchement et le développement de certaines pathologies.

Lectures conseillées

- BRUCHON-SCHWEITZER, M. et BOUJUT, E. (2014). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod, 2^e édition.
- FISCHER, G.N. et TARQUINIO, C. (2014). *Les concepts fondamentaux de psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- MARTIN-KRUMM, C. et TARQUINIO, C. (2019). *Psychologie positive: État des savoirs, champs d'application et perspectives*. Paris: Dunod.
- OGDEN, J. (2018). *Psychologie de la santé*. Bruxelles: De Boeck.

Bibliographie

- ADER, R., FELTEN, D., et COHEN, N. (1990). Interactions Between the Brain and the Immune System. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 30 (1), 561-602.
- ALEXANDER, F. (1952). *La médecine psychosomatique*. Paris: Payot.
- BENTZEN, N. (2003). *WONCA dictionary of general/family practice*. Copenhagen: Wonca International Classification Committee.
- BROWN, A.S., SUSSEER, E.S., LIN, S.P., NEUGEBAUER, R. et GORMAN, J.M. (1995). Increased risk of affective disorders in males after second trimester prenatal exposure to the Dutch hunger winter of 1944-1945. *The British Journal of Psychiatry*, 166 (5), 601-606.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. et DANTZER, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. PUF: Paris.
- BUSS, C., DAVIS, E.P., MUFTULER, L.T., HEAD, K. et SANDMAN, C.A. (2010). High pregnancy anxiety during mid-gestation is associated with decreased gray matter density in 6-9-year-old children. *Psychoneuroendocrinology*, 35 (1), 141-153.
- CLAVEL-CHAPELON, F. et E3N STUDY GROUP (2015). Cohort profile: the French E3N cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 44, 801e9.
- COHEN, S., DOYLE, W.J., TURNER, R.B., ALPER, C.M., et SKONER, D.P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, 65, 652-657.
- CONTRADA, R.J., LEVENTHAL, H., et O'LEARY, A. (1990). Personality and health. In L.A. Pervin (ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (p. 638-669). New York: The Guilford Press.
- DANNER, D., SNOWDON, D., et FRIESEN, W. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 814-815.
- DAVIDSON, R.J., et McEWEN B.S. (2012). Social Influences on Neuroplasticity: Stress and Interventions to Promote Well-Being. *Nature Neuroscience*, 15, 689-695.
- DENOLLET, J., SYS, S.U., STROOBANT, N., ROMBOUTS, H., GILLEBERT, T.C., et BRUTSAERT, D.L. (1996). Personality as independent predictor of long term mortality in patients with coronary heart disease. *The Lancet: A Journal of British and Foreign Medicine, Surgery, Obstetrics, Physiology, Pathology, Pharmacology, Public Health and News*, 347 (8999), 417-421.
- DORON, R., et PAROT, F. (1991). *Dictionnaire de psychologie*. Paris: PUF.

- ENGEL, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.
- FISCHER, G.N. (1998). La psychologie de la santé: champs théoriques et interventions. *Psychologues et Psychologies*, 141, 40-41.
- FISCHER, G.N., et TARQUINIO, C. (2014). *Psychologie de la santé: applications et interventions*. Paris: Dunod.
- FRANCIS D., DIORIO, J., PLOTSKY P.M. et al. (2002). Environmental enrichment reverses the effects of maternal separation on stress reactivity. *Journal of Neuroscience*, 22, 7840-7843.
- FRIEDMAN, M., et ROSENMAN, R.H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.
- KANNEL, W.B. (1967). Health level of physical activity and risk of coronary heart disease: the Framingham study. *Canadian Medical Association Journal*, 96, 811-812.
- ELL, K., NISHIMOTO, R., MEDIANSKY, L., MANTELL, J., et HAMOVITCH, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36 (6), 531-541.
- GARCIN, E., HACQUART, N., et SIDOT, S. (1994). La santé: de la psychologie clinique à la psychologie. *Revue européenne de Psychologie Appliquée*, 44 (3), 205-211.
- HARRIS, D.M., et GUTEN, S. (1979). Health-protective behavior: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20 (1), 17.
- HAWKINS, N.G., DAVIES, R. et HOLMES, T.H. (1957) Evidence of psychosocial factors in the development of pulmonary tuberculosis. *American Review of Tuberculosis and Pulmonary Diseases*, 75, 768-780.
- HOLMES, T.H., et RAHE, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11 (2), 213-218.
- HOLLAND, J.C., et ROWLAND, J.H. (1989). *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- KOUABENAN, D.R. (2000). Décevoir, perception d'un risque et sécurité, in J.-L. Bernaud et C. Lemoine (éds.), *Traité de Psychologie du Travail et des Organisations* (p. 279-321). Paris: Dunod.
- LAPLANCHE, J., et PONTALIS, J.B. (1968). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF.
- LYUBOMIRSKY, S., KING, L., et DIENER, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- MARTIN-KRUMM, C. et TARQUINIO, C. (2011). *Traité de psychologie positive*. Bruxelles: De Boeck.
- MARTIN-KRUMM, C. et TARQUINIO, C. (2019). *Psychologie positive: État des savoirs, champs d'application et perspectives*. Paris: Dunod.
- MARTY, P., DE M'UZAN, M., et DAVID, C. (1963). *L'investigation psychosomatique*. Paris: PUF.
- MATARAZZO, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817.
- MEYER, A. (1930) Reminiscences and prospects at the opening of the New York Psychiatric Institute and Hospital. *Psychiatric Quarterly*, 4, 25-34.
- MYERS, J., PRAKASH, M., FROELICHER, V., DO, D., PARTINGTON, S, ATWOOD, J.E. 2002). Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *New England Journal Medicine*, 346 (11), 793-801.
- OBERLANDER, T.F., WEINBERG, J., PAPSDORF, M., GRUNAU, R., MISRI, S. et DEVLIN, A.M. (2008). Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics*, 3 (2), 97-106.

- OMS (1986). *Promotion de la santé*, Charte d'Ottawa.
- PAFFENBARGER, R.S., WING, A.L., HYDE, R.T., HSIEH, C.C. (1986). Physical activity, all-cause mortality and longevity of college alumni. *New England Journal of Medicine*, 314 (10), 605-613.
- ONISHCHENKO, N., TAMM, C., VAHTER, M., HÖKFELT, T., JOHNSON, J.A., JOHNSON, D.A. et al. (2007). Developmental exposure to methylmercury alters learning and induces depression-like behavior in male mice. *Toxicology*, 97 (2), 428-437.
- RÉSEAU FRANCOPHONE INTERNATIONAL POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ. (2014). Promosanté. Définition de la promotion de la santé. <http://www.promo-sante.org/definition>.
- RIBOLI, E., HUNT, K.J., SLIMANI, N., FERRARI, P., NORAT, T., FAHEY, M., et al. (2002). European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC): study populations and data collection. *Public Health Nutrition*, 5, 1113e24.
- SANTIAGO-DELEFOSSE, M. (2000). Vers une psychologie clinique de la santé? *Bulletin de psychologie*, 53 (3), 333-342.
- SANTIAGO-DELEFOSSE, M. (2002). *Psychologie de la santé: perspectives qualitatives et cliniques*. Liège: Mardaga.
- SCHEIER, M.F., CARVER, C.S., 1993. On the power of positive thinking: the benefits of being optimistic. *Current Direction in Psychological Science*, 2, 26-30.
- SHANKLAND, R. et MARTIN-KRUMM, C. (2002). Évaluer le fonctionnement optimal: échelles de psychologie positive validées en langue française. *Pratiques Psychologiques*, 18, 171-187.
- STAM, H.J. (1998). *The Body and Psychology*. London: Sage.
- SCHOENROCK, S.A. et TARANTINO, L.M. (2014). Animal models of environmental manipulations resulting in epigenetic modifications that increase risk for affective disorders. In J. Peedicayil, D.R. Grayson, et D. Avramopoulos (eds.), *Epigenetics in psychiatry* (p. 181-205). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- SIFNEOS, P.E. (1973). The prevalence of « alexithymic » characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22 (2-6), 255-262.
- STONE, G., COHEN, F., et ADLER, N. (1979). *Health psychology*. San Francisco: Jossey Bass.
- SUTTERN J., et PAROT, A. (1996). *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique* (7^e éd.). Paris: PUF.
- TARQUINIO, C. (2019). The epigenetic dimension of psychological trauma - Prevention and psychotherapy. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 3, 1.
- TOBI, E.W., LUMEY, L.H., TALENS, R.P. et KREMER, D. (2009). Putter H, Stein AD, et al. DNA methylation differences after exposure to prenatal famine are common and timing-and sex-specific. *Human Molecular Genetics*, 18 (21), 4046-4053.
- XU, X., ZHANG, J., WANG, Y., YE, Y. et LUO, Q. (2010). Perinatal exposure to bisphenol-A impairs learning-memory by concomitant down-regulation of N-methyl-D-aspartate receptors of hippocampus in male offspring mice. *Hormones and Behavior*, 58 (2), 326-333.

Chapitre 2

Modèles et théories en psychologie de la santé



Sommaire

1. Les théories comportementales et de l'action	42
2. Les théories sociocognitives de la santé	55
Conclusion.....	64
Lectures conseillées	65
Bibliographie	66

La psychologie de la santé s'est très largement constituée autour d'orientations théoriques nombreuses et variées, qui ont apporté chacune leur contribution à cette discipline. À travers ces choix théoriques, elle a pu s'imposer comme une discipline à la fois scientifique et professionnelle. C'est cet ensemble qui a permis de proposer et de poser un nouveau regard sur la santé et sur la maladie. L'objectif de ce chapitre sera de présenter les modèles et les théories les plus importantes dans ce domaine afin de dresser un panorama didactique des approches les plus prometteuses. Toutes les approches et tous les modèles ne peuvent être présentés dans un chapitre comme celui-ci. Aussi, nous avons fait des choix plus pédagogiques que scientifiques afin de proposer un panorama de la psychologie de la santé d'aujourd'hui ! La plupart du temps, tous ces modèles ont été conçus afin de mieux comprendre ce qui déterminait et expliquait l'émergence de certains comportements de santé. Prendre ses traitements ou non (être observant), avoir un comportement préventif en matière de santé, devenir dépendant à un produit ou à une activité... sont autant de comportements *a priori* « curieux » qui nuisent à la santé et sur lesquels il convient d'agir pour les transformer. C'est la plupart du temps dans ce but que ces modèles et ces théories ont été pensés et élaborés. Au premier regard, la plupart de ces approches pourraient paraître simplistes quand on sait combien la psychologie humaine s'avère complexe. Ces modèles¹ doivent être envisagés comme des hypothèses en dialectique permanente avec le terrain, qui ne cessent de transformer notre compréhension des comportements de santé, ainsi que de notre capacité à les prendre en charge. Si ces modèles sont *in fine* si nombreux c'est sans aucun doute parce qu'aucun d'entre eux n'est vraiment satisfaisant en soi. Ils sont non seulement des construits théoriques, mais surtout ils correspondent à une certaine vision du monde que les chercheurs tentent d'appréhender et de valider avec plus ou moins de succès.

Dans un premier temps, nous présenterons les théories comportementales et de l'action comme les théories de l'action raisonnée, des comportements interpersonnels, du comportement planifié et le processus d'action sur la santé.

Dans un second temps enfin, nous examinerons les théories sociocognitives à travers les théories relatives aux croyances comme le *Health Belief Model* (HBM),

1. L'ambition de ces chercheurs n'a jamais vraiment été de s'inscrire dans une quête heuristique totale du modèle idéal susceptible de tout expliquer ! Sans doute parce que cela s'avère impossible. Ils viennent le plus souvent illustrer une volonté de modéliser les comportements de santé, en fixant le cadre de recherches de terrain rigoureuses qui de proche en proche ont permis de les faire évoluer et par la même occasion de faire évoluer notre compréhension des conduites humaines.

les théories de l'auto-efficacité, des systèmes autorégulés, d'une part, et l'étude des théories des représentations de la santé et de la maladie, d'autre part.

1. Les théories comportementales et de l'action

1.1 La théorie de l'action raisonnée

Le modèle de l'action raisonnée (TAR) de Ajzen (1985, 1991) est fondé sur le postulat selon lequel on ne peut comprendre l'émergence des comportements de santé qu'à la condition d'inscrire les croyances et les décisions des individus dans leur contexte psychosocial (voir fig. 2.1).

L'une des originalités de ce modèle est d'introduire l'intention comportementale, qui se situe à l'interface entre des comportements effectifs et des attitudes. L'intention est une manifestation de la volonté à accomplir un certain type de comportements en vue d'atteindre certains objectifs. On peut définir l'intention comme une décision d'entreprendre consciemment une certaine action. De nombreuses approches d'abord en psychologie sociale, et maintenant en psychologie de la santé avancent l'idée que le meilleur prédicteur d'un comportement quel qu'il soit, est déterminé d'abord par l'intention qu'aura ou non une personne à produire ce comportement. L'intention est donc considérée ici comme le déterminant immédiat du comportement. Dans le TAR, il existe d'ailleurs deux déterminants principaux à l'intention comportementale à savoir l'attitude envers le comportement et la norme subjective.

L'attitude est, quant à elle, déterminée à la fois par les croyances relatives aux conséquences que pourra avoir le comportement (exemple: la nécessité d'être observant peut être envisagée par un sujet diabétique en référence aux effets secondaires ou aux incapacités qu'engendrerait pour lui le fait suivre à la lettre son traitement), ainsi que par l'évaluation du sujet (exemple: s'il pense que cela vaut la peine ou que le préjudice causé sera trop important par rapport aux effets secondaires ou contraintes qu'imposent le respect des traitements et leurs éventuels effets secondaires...). Les croyances quant à elles se définissent eu égard aux résultats spécifiques que le comportement pourra engendrer (exemple: ce même patient diabétique peut supposer que suivre son traitement, le conduira à être en meilleure santé et à avoir une meilleure qualité de vie, mais qu'il devra pour cela accepter de subir les effets secondaires de ce même traitement). Ce sont donc ces deux dimensions combinées qui permettraient d'engendrer ou non une attitude positive et de contribuer ainsi à l'émergence du comportement de santé.

La norme subjective quant à elle s'inscrit dans un processus psychosocial où les parents, les amis ou toute personne relevant du groupe de référence de l'individu sont susceptibles d'inciter les sujets malades à adopter un certain type de comportements (suivre un régime par exemple afin de perdre du poids). Elle est déterminée par les croyances normatives et par la motivation à se plier aux normes. Cette norme subjective est donc pour une large part déterminée par un processus de conformisation aux conduites socialement désirables.

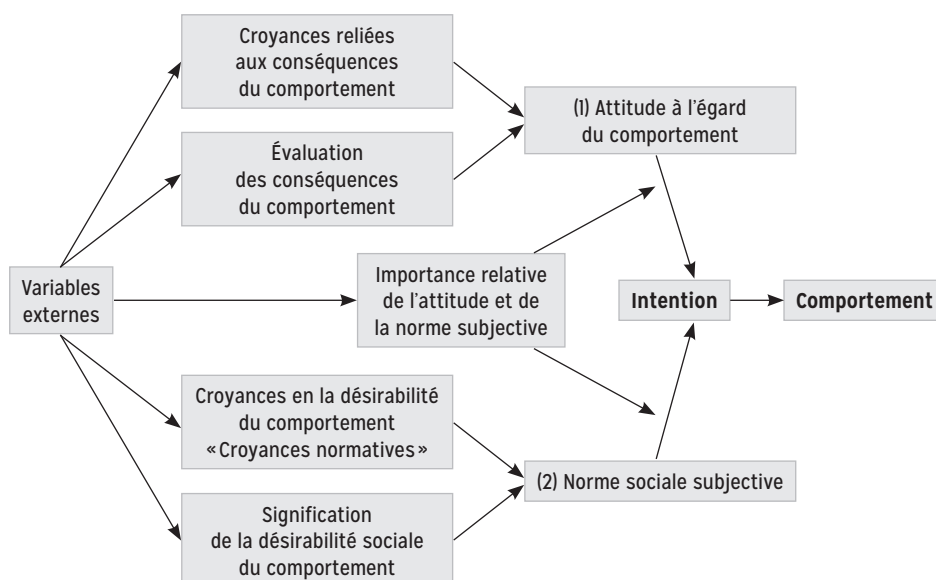


Figure 2.1 – Le comportement de santé dans la théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975).

La théorie de l'action raisonnée a largement été appliquée dans la prédiction de divers comportements de santé, comme l'incitation à utiliser des préservatifs (Albarracin, Fishbein et Middlestadt, 1998), l'encouragement à faire don de son sang (Pomazal et Jaccard, 1976) ou encore la décision d'avorter (Smetana et Adler, 1980).

Ce modèle a également permis de mettre l'accent sur le contexte social à l'intérieur duquel sont insérées les personnes. Un tel environnement peut imposer ou suggérer une certaine pression sociale sur les comportements. Il s'agit bien entendu ici de perception des opinions et des valeurs du contexte social qui vont ou non avoir une importance pour le sujet (exemple : mes parents souhaiteraient que je ne fume pas de cannabis, mes amis m'incitent à boire, ma petite amie n'aime pas me

voir sous l'emprise de l'alcool...). Ces facteurs seraient bien entendu relativisés par la motivation ou l'absence de motivation à changer son comportement (exemple : je n'ai pas envie d'aller dans leur sens, jeune, je veux profiter de la vie). Enfin, dans cette approche, la structure de tous les comportements n'est pas toujours déterminée par une intention clairement identifiable, avec un caractère lucide, conscient et volontaire. Bon nombre de nos comportements ne peuvent être mis en lien avec une quelconque intention préalable (sinon dans une démarche de rationalisation a posteriori!). La part de l'irrationnel, de l'improvisation, de l'adaptation comportementale sont le propre d'une forme de créativité difficile à planifier. Nous ne sommes pas des machines ! C'est là une limite importante à ce modèle, assez réducteur quant à sa conception des comportements humains en général.

Ce modèle, important sur le plan théorique a fait l'objet d'aménagements importants notamment dans le cadre de la théorie des comportements interpersonnels (TCI) et de la théorie des comportements planifiés (TCP).

1.2 La théorie des comportements interpersonnels

La théorie des comportements interpersonnels (TCI) développée par Triandis (1977) a comblé une lacune de la théorie de l'action raisonnée qui ne faisait pas la distinction entre les comportements volontaires et involontaires. Pour la théorie des comportements interpersonnels, la fréquence avec laquelle un comportement s'est déjà manifesté (la force de l'habitude) constitue par exemple un déterminant au même titre que l'intention. La TCI présente le comportement comme le résultat d'une triple influence :

1. la force de l'habitude ;
2. l'intention de l'adopter ;
3. les conditions qui le facilitent (ou l'inhibent).

L'intention et l'habitude interagiraient comme les deux plateaux d'une balance. En réalité, tout dépend du degré de nouveauté du comportement considéré. Alors que l'habitude est déterminante lorsque le comportement est répété, l'intention comportementale l'est plus massivement lorsque le comportement est nouveau. L'intention comportementale semble être déterminée par quatre composantes : cognitive, affective, identitaire et normative.

La composante cognitive résulte d'une évaluation personnelle des avantages et inconvénients du comportement, comparable à ce que l'on trouve dans le *Health Belief Model*. Il s'agit des conséquences perçues. Comme dans la théorie de l'action raisonnée, ce résultat est pondéré par la valeur accordée à chacun des avantages et inconvénients perçus.

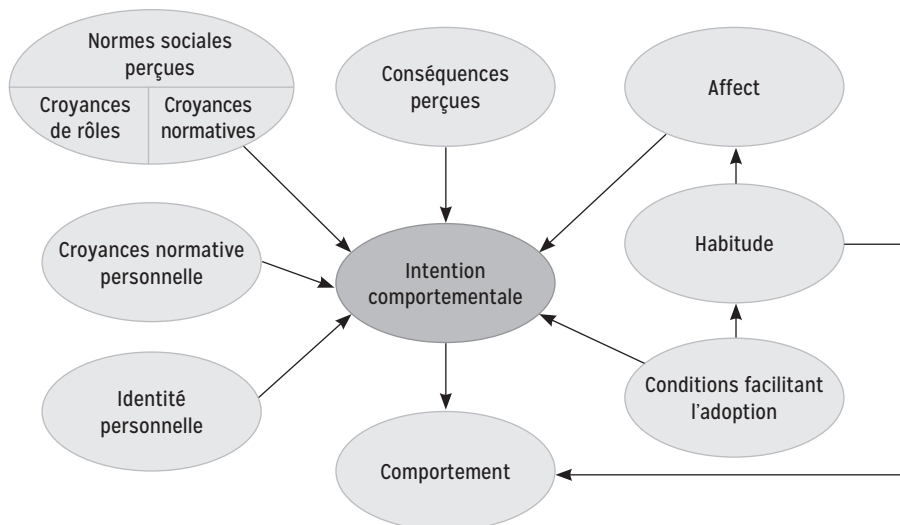


Figure 2.2 – Les comportements de santé dans la théorie des comportements interpersonnels (Triandis, 1977)

La composante affective constitue la réponse émotionnelle qu'inspire le comportement (plaisir, amusement, ennui, horreur...). Selon Triandis, elle est liée aux expériences antérieures et fait appel à la mémoire à long terme, donc à l'expérience du sujet.

Les normes sociales sont composées d'une part, des croyances normatives, c'est-à-dire, de la perception qu'un individu a du degré d'approbation des personnes significatives pour lui quant au comportement qu'il adopte. D'autre part, la perception qu'a un individu de lui-même, de ce qu'il doit faire, notamment en vertu de la position sociale, familiale, voire professionnelle qu'il occupe est des éléments essentiels pour comprendre l'émergence ou non des comportements.

La croyance normative personnelle (la norme morale de l'individu) correspond quant à elle au sentiment d'obligation personnelle par rapport à l'adoption du comportement cible, c'est-à-dire à l'évaluation par l'individu de la relation entre son comportement, ses valeurs et principes moraux.

La norme morale, dernière composante, permet d'évaluer la désirabilité sociale du comportement à émettre au regard du cadre social et normatif dans lequel le sujet est inséré. Elle résulte de l'interprétation personnelle de l'individu.

La TCI propose une compréhension plus fine des comportements de santé en introduisant la dimension de l'habitude, la plupart du temps, éludée par les autres modèles en psychologie de la santé. Cette approche met en outre l'accent sur la

dimension affective qui n'est pas considérée comme un aspect secondaire, mais comme un élément essentiel influençant l'expression des conduites de santé.

Prenons un exemple pour illustrer la théorie des comportements interpersonnels: un jeune homosexuel va avoir une relation sexuelle pour la première fois avec un autre homme rencontré lors d'une soirée. Il sait, notamment grâce aux messages de prévention, qu'il faut mettre un préservatif lorsque l'on a un rapport sexuel avec une personne inconnue. Il s'agit ici d'un comportement nouveau (c'est un premier rapport sexuel pour lui), le jeune homme pourra être influencé par un grand nombre de facteurs: par un sentiment négatif envers le préservatif (« il a entendu que les préservatifs pouvaient se déchirer »), par les conséquences perçues (« je sais que mettre un préservatif peut éviter de contracter certaines maladies »), par les normes sociales (« tous ses amis ne mettent pas de préservatif »), par les croyances normatives personnelles (« c'est plus respectueux pour mon partenaire »), par l'identité personnelle (« je saurai être attentif et vigilant »), et enfin par les conditions de facilitation d'adoption du comportement (« mettre un préservatif, au fond, c'est un geste peu coûteux »). Dans ces conditions, un rapport sans préservatif est envisageable. En revanche, si ce n'est pas la première fois et que notre jeune homme met habituellement des préservatifs, il aura un sentiment positif envers son port et aura peu de risques de ne pas en mettre.

1.3 La théorie du comportement planifié

La théorie du comportement planifié (TCP) développée par Ajzen (1985, 1991, cf. fig. 2.3), repose sur l'idée que les individus sont prêts à adopter un comportement sain, surtout s'ils croient :

1. que le comportement en question donnera des résultats positifs pour eux;
2. que ces derniers sont valorisables et valorisés;
3. que les gens dont le point de vue est important pour eux pensent qu'il est bien de se comporter ainsi;
4. que l'action envisagée est contrôlable (Conner et Norman, 1996).

Cette théorie, comparée à la théorie de l'action raisonnée (TAR), semble « plus efficace » pour prédire le comportement sur lequel les individus n'ont pas, ou très peu, de contrôle intentionnel, ainsi que pour prédire des comportements qui requièrent une planification ou une préparation importante (par exemple, courir un marathon). Le grand intérêt de ce modèle réside dans l'introduction du « contrôle comportemental perçu ». Cela consiste à penser que l'on est capable d'adopter un comportement (sain ou préventif). Ce contrôle perçu dépend de facteurs internes (capacités, informations, efforts) et externes (occasions, obstacles). L'intention

comportementale est, comme dans la TAR, un prédicteur fondamental de l'adoption effective des comportements de santé. Le sentiment d'auto-efficacité agit de deux manières, selon que ce dernier est ou non volontaire. Si le comportement est volontaire, le sentiment d'auto-efficacité influence l'intention, au même titre que la norme subjective ou que l'attitude. Si le comportement est peu ou non volontaire, le sentiment de contrôle l'influencera directement, au même titre que l'intention.

Le modèle de la TCP a été appliqué à une grande variété de comportements de prévention (exemple : auto-examen des seins ou des testicules, usage d'un préservatif, adhésion à un régime amaigrissant). Les recherches empiriques ont démontré que l'incorporation de la perception du contrôle améliore de façon significative la possibilité de prévoir les intentions et le comportement, surtout dans le cas des actions qui échappent au contrôle du sujet (Stroebe et Stroebe, 1995). La théorie s'est notamment révélée utile pour prévoir l'adoption de certains comportements dans le domaine sanitaire, tels que fumer, boire, utiliser des contraceptifs, suivre un régime, recourir à l'avortement (Ajzen, 1991 ; Conner et Sparks, 1995).

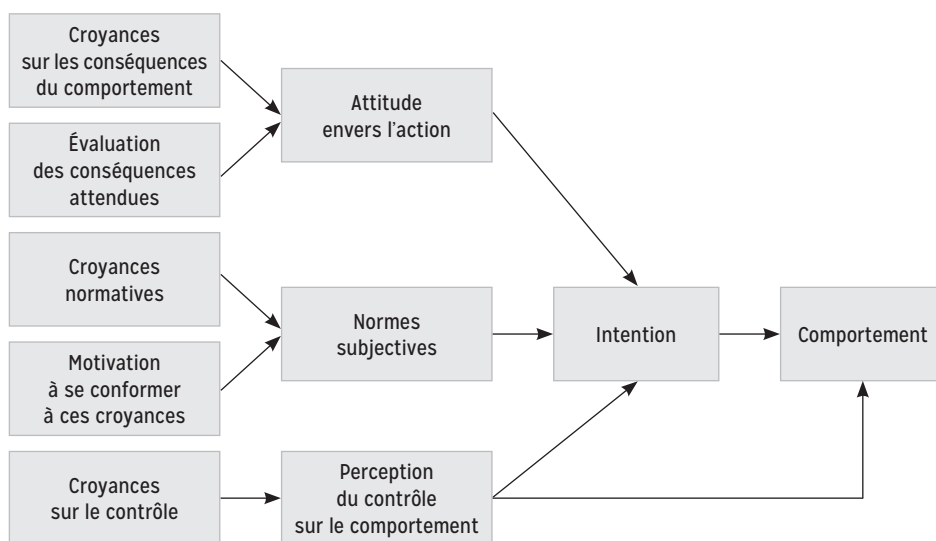


Figure 2.3 – Théorie du comportement planifié d'Ajzen (1991)

L'intérêt du modèle du modèle d'Ajzen (1991) a été d'introduire une articulation plus complexe entre le « contrôle comportemental perçu » et les intentions. En réalité, il semble que ce soit le contrôle perçu ou lieu de contrôle qui joue ici le rôle prédominant. Sur le plan conceptuel le lieu de contrôle (ou *locus of control*) peut se définir comme la croyance selon laquelle les événements qui nous arrivent, sont

le fait, soit de facteurs externes (chance, hasard, destin ou personnages tout-puissants), soit de facteurs internes relatifs à certaines caractéristiques personnelles (capacités, volonté). C'est à Rotter (1966) que l'on doit ce travail initial, approfondi ultérieurement par Levenson (1974) et Paulhus et van Selst (1990). Selon Dubois (1987), le lieu de contrôle traduit « le degré de représentation qu'a un individu du lien qui existe entre ses comportements et/ou caractéristiques personnelles et les renforcements positifs ou négatifs qu'il reçoit ». Pour Folkman (1984), face à une situation aversive, un individu possédant un lieu de contrôle interne évalue davantage la situation comme contrôlable que ne le ferait un individu ayant un lieu de contrôle externe. Tout se passe comme si un contrôle interne atténue les perturbations psychologiques induites par l'agent stressant, alors qu'un contrôle externe les amplifie.

Dans la plupart des études menées en psychologie de la santé, les auteurs montrent que les sujets ayant un lieu de contrôle externe sont plus vulnérables aux agents stressants (Haerkaepaeae, Jaervikoski et Vakkari, 1996). Il ne faudrait pas conclure pour autant que l'internalité est la disposition idéale en matière de santé (Wallston et Wallston, 1982). Rotter lui-même réprouvait l'adéquation faite entre l'internalité et l'adaptation psychologique, car être interne peut dans certaines situations exposer les personnes à plus de stress et d'anxiété, en particulier lorsque la maladie se développe de manière inexorable comme dans le cas de la maladie d'Alzheimer (Pagel, Becker et Coppel, 1985).

Une multitude de variables peuvent être liées aux croyances des individus ou les influencer : âge, genre, ethnie, CSP, éducation, nationalité, appartenance religieuse, personnalité, humeur, émotions, attitudes générales et valeurs, intelligence, appartenance à un groupe, expériences passées, exposition à l'information, soutien social, stratégie d'adaptation et ainsi de suite. Ainsi, les individus qui se développent dans des environnements sociaux différents vont développer des perceptions spécifiques, propres et par nature différentes. Les hommes peuvent par exemple vivre des expériences potentiellement différentes de mêmes expériences vécues par les femmes. Les personnes âgées vont traiter de manière différente que les plus jeunes des informations identiques. Tous ces facteurs peuvent donc affecter nos croyances comportementales, normatives et de contrôle et, finalement, influencer nos intentions et nos actions.

Dans une étude qui portait sur les intentions des adolescents à consommer de la marijuana (Fishbein *et al.* 2002), une variété de facteurs contextuels différents a été mesurée, incluant le temps passé avec des amis qui tendent à avoir des ennuis, la recherche de sensations et la supervision parentale. Les résultats montrent que les intentions de fumer de la marijuana augmentent avec la quantité de temps

passé en compagnie d'amis qui tendent à avoir des ennuis et qui sont engagés dans la recherche de sensations. En revanche, cela diminue lorsque la supervision parentale augmente.

Prenons un autre exemple pour illustrer les implications d'un tel modèle en ce qui concerne le respect d'absence de prise d'alcool avant de prendre la route.

Un père de famille peut être favorable au respect du Code de la route préconisant à zéro gramme d'alcool dans le sang lorsque l'on prend le volant (attitude face au comportement « alcool au volant »). Sa femme, ses enfants et ses proches insistent pour qu'il en soit ainsi tout le temps (normes subjectives). Pourtant, lors d'une soirée entre amis, il accepte pour fêter un événement de boire plusieurs verres alors qu'il devra par la suite prendre sa voiture. Il pense comme beaucoup, pouvoir maîtriser les effets de l'alcool (contrôle comportemental perçu). Pour ce père de famille, l'estimation de sa capacité à gérer les effets de l'alcool est prioritaire et l'emporte sur son attitude générale envers le Code de la route et la pression sociale de sa famille. L'intention comportementale et le comportement résultant le conduiront donc à transgresser temporairement les règles du code de la route. En clair, plus le contrôle comportemental perçu est important, plus l'intention comportementale est élevée, plus la réalisation du comportement est probable.

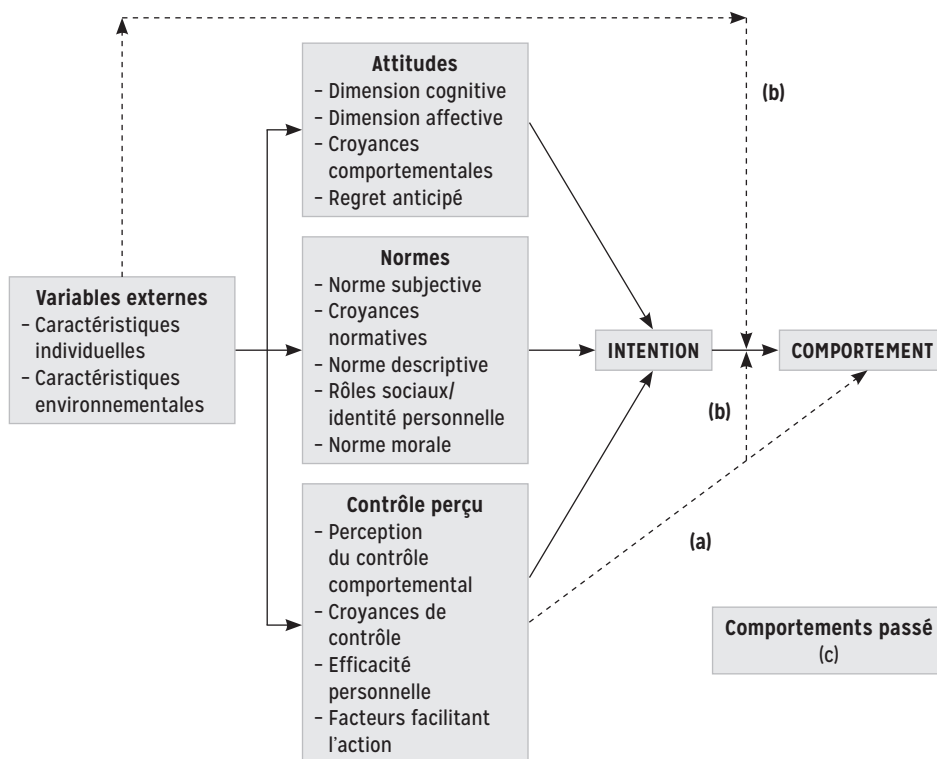
1.4 Le cadre intégrateur de Godin (2002)

Godin (2002) propose une approche plus explicative et intégratrice des comportements de santé (notamment des prédicteurs) qui repose sur un travail d'intégration des paramètres les plus pertinents des modèles de la santé. Son ambition est la prédiction des comportements (Conner et Sparks, 2005 ; Godin, Conner et Sheeran, 2005 ; Sandberg et Conner, 2008). L'utilisation d'un cadre intégrateur pourrait ainsi permettre d'améliorer la performance prédictive d'un modèle.

Le modèle intégrateur de Godin (2002) repose pour une large part sur la théorie du comportement planifié. Il reprend pour ce faire la théorie de Ajzen (1991), lui-même ouvert¹ d'ailleurs à l'ajout de nouvelles variables à son modèle d'origine. Dans cette optique son modèle intègre des variables ayant démontré leur efficacité pour prédire des comportements liés à la santé. Tout comme la théorie du comportement planifié, l'intention reste le principal déterminant du comportement. Cependant, lorsque certaines conditions font que l'adoption d'un

1. Si des évidences scientifiques justifient leur pertinence et les construits permettent d'augmenter le niveau de prédiction.

comportement n'est pas complètement sous le contrôle de la volonté, le comportement peut également être prédit par la perception du contrôle comportemental. De plus, quelques études ont démontré que la perception du contrôle comportemental pouvait agir comme modérateur de la relation intention-comportement (Paynes, Jones et Harris, 2010). Ainsi, une personne peut avoir une intention élevée d'adopter un comportement (exemple faire du sport), mais percevoir qu'elle n'a pas le contrôle pour le faire (exemple : son état de santé ne le permet pas), ce qui diminue ses chances d'adopter le comportement (exemple : elle restera sédentaire, malgré une prédisposition positive à l'activité physique).



(a) Ligne directe de prédiction lorsque le comportement n'est pas volitif

(b) Effet modérateur sur la relation intention-comportement

(c) Le comportement passé (habitude) peut être un déterminant direct et/ou indirect de l'intention et du comportement et/ou un modérateur de la relation intention-comportement

Figure 2.4 – Schématisation du cadre intégrateur (adapté de Godin, 2002)

L'intention peut être prédite par plusieurs variables regroupées en trois catégories, soit :

- les attitudes se composent de quatre variables, les croyances comportementales, la dimension cognitive de l'attitude, la dimension affective de l'attitude et le regret anticipé ;
- les normes s'articulent autour de cinq variables, la norme subjective, les croyances normatives, la norme descriptive, les rôles sociaux perçus/l'identité personnelle¹ et la norme morale. Celle-ci est une variable de la théorie des comportements interpersonnels : pour certains comportements faisant appel au sens moral, une personne adoptera un comportement si elle perçoit son adoption comme un acte en accord avec ses valeurs personnelles ;
- le contrôle perçu enfin, regroupe la perception du contrôle comportemental, les croyances de contrôle, l'efficacité personnelle et les facteurs facilitant l'action².

Ces trois catégories peuvent également être influencées par des variables externes englobant les caractéristiques individuelles (sexe, âge, statut socio-économique, niveau d'éducation, personnalité...) et environnementales (politiques en matière de santé, culture, économie...).

Enfin, le comportement passé est un aspect peu souvent pris en compte dans ce type de modèle. Godin en tient compte, car selon lui il est une dimension qui va influencer l'adoption d'un comportement ainsi que l'intention de l'adopter. Il peut être :

- un déterminant direct du comportement, au même titre que l'intention ;
- un déterminant direct ou indirect de l'intention, au même titre que les attitudes, les normes et le contrôle perçu.
- un modérateur de la relation intention-comportement.

Plusieurs auteurs ont démontré la pertinence de ce modèle intégrateur pour la prédiction de l'adoption des comportements dans le domaine de la santé. Des situations telles le port du préservatif (Godin, Gagnon, Lambert et Conner, 2005), la consommation d'alcool ou encore le don de sang (Godin *et al.*, 2007) peuvent ainsi être concernées.

1. Le concept de rôles sociaux perçus provient du modèle de Triandis. Il associe la position sociale d'une personne définie selon son sexe, son âge ou tout autre aspect culturel avec l'adoption d'un comportement. Ce concept s'apparente à celui d'identité personnelle, car il réfère au positionnement personnel par rapport à l'adoption d'un comportement, c'est-à-dire que l'individu doit s'interroger à savoir s'il s'identifie à une autre personne ayant les caractéristiques voulues pour adopter le comportement visé.

2. Cela renvoie ici à des conditions externes à la personne qui favoriseraient ou faciliteraient l'adoption d'un comportement.

1.5 Les modèles en étapes

1.5.1 Le processus d'action sur la santé

Le processus d'action sur la santé (Health Action Process Approach, HAPA, Schwarzer, 1992) est un modèle théorique élaboré dans le but de déterminer la pondération causale des croyances sur l'efficacité personnelle par rapport aux autres variables relatives à la santé. Une attention toute particulière a également été portée sur le lien entre les intentions comportementales et les actions effectives des sujets.

Ce modèle résulte d'une analyse critique des modèles antérieurs, à partir des variables les plus pertinentes de la littérature : la vulnérabilité, la gravité perçue, les croyances relatives aux conséquences d'un comportement, de l'intention de comportement ou encore l'auto-efficacité perçue (*cf.* fig. 2.5).

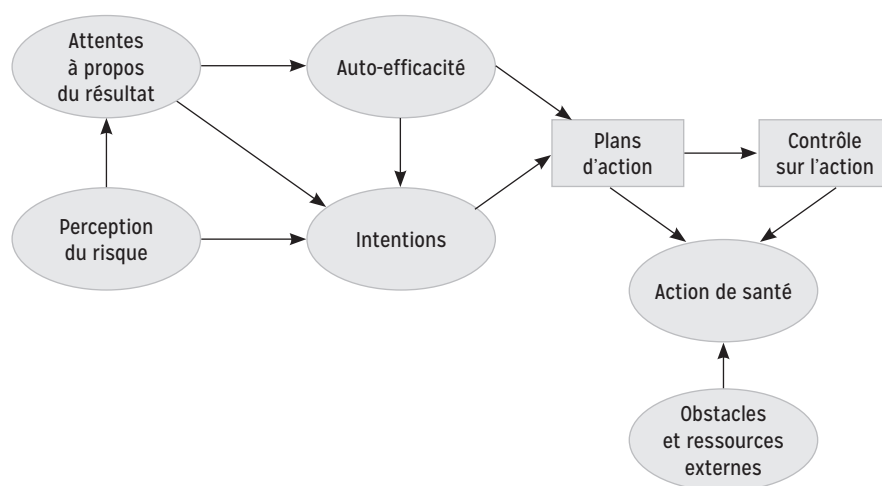


Figure 2.5 – Théorie du processus de l'action de santé (Schwarzer, 1992)

La théorie du processus de l'action de santé, repose sur un principe de base, à savoir le fait que l'apparition, l'adoption et le maintien des comportements de santé se développent en deux phases : la phase motivationnelle et la phase d'action volontaire.

La phase motivationnelle se construit à partir de paramètres tels que la menace perçue, les croyances relatives aux conséquences du comportement et aux attentes d'auto-efficacité que crée une intention (choisir de suivre un traitement).

La phase de l'action volontaire débouche sur des actions effectives. Elle comporte trois niveaux : cognitif (élaboration de plans d'action et contrôle de l'action), comportemental (action) et situationnel (obstacles et ressources extérieurs) qui vont favoriser ou non l'émergence de l'action (prise médicamenteuse et maintien du choix).

Le concept d'auto-efficacité également primordial dans ce modèle a non seulement une influence sur le processus de décision mais également sur le commencement et sur la continuité de l'action. Malgré son intérêt indéniable, il décrit un individu rationnel, qui traite de l'information, mais qui est dépourvu d'émotion et d'irrationalité.

L'approche des processus d'action de santé de Schwarzer et Fuchs (HAPA : Health Action Process Approach, 1995, 1996) a donné une place régulatrice à l'auto-efficacité. Celle-ci intervient entre d'un côté la perception des risques (*i.e.*, menace) et les attentes de résultat, et de l'autre l'intention/but. La perception des risques et les attentes de résultats du comportement de santé interviennent dans les premières phases qui fixent la motivation au changement. Les individus évaluent ainsi leurs chances de réussite personnelle en pesant le pour et le contre des conséquences d'un changement de leurs comportements. Dans un premier temps, l'évaluation des conséquences d'un changement est d'abord indépendante des capacités perçues, et porte plutôt sur la possibilité d'un changement et de sa réussite (exemple de contrôle perçu : perdre du poids n'est pas un pari impossible). Dans un second temps, les individus s'interrogent sur leurs capacités personnelles à modifier leurs comportements de santé dans le sens de l'objectif souhaité (exemple : suis-je capable de modifier mon régime alimentaire et de le suivre ?). Cette dernière phase conditionne la prise de décision. Le modèle HAPA complète les approches précédentes (TAR, TCP, TMP) en prenant en considération les antécédents immédiats de la phase d'action ou d'implémentation de l'intention (exemple : comment mettre en œuvre ou maintenir des comportements de santé).

1.5.2 Le modèle transthéorique de changement (ou MTC)

Le MTC est un modèle intégratif de changement de comportement basé sur des composantes psychologiques issues de plusieurs théories sociocognitives dans le but de mieux appréhender les comportements de santé. Ces composantes sont au nombre de quatre :

- **Les stades de changement** : ils représentent la partie motivationnelle la plus populaire et la plus descriptive, du modèle. Ils sont au nombre de cinq :
 - la précontemplation (les individus n'ont aucune intention de modifier leur comportement dans les prochains mois. Ils ne perçoivent aucun bénéfice à

modifier leur comportement et n'ont, souvent, pas conscience des effets bénéfiques sur leur santé des comportements à adopter et/ou des effets néfastes des comportements à limiter ou à arrêter. Ce manque de prise de conscience est souvent dû, soit à de l'ignorance, soit à un déni, ou encore à un manque d'envie suite à des échecs répétés);

- la contemplation (les individus ont souvent conscience de leur problématique de santé, ainsi que de ses conséquences et déclarent avoir l'intention de modifier leur comportement mais d'ici les six prochains mois. Ce stade est souvent associé à la procrastination car ce sont des sujets qui ont souvent tendance à reporter la mise en place des modifications qu'ils voudraient effectuer);
 - la préparation (les individus ont formulé une intention de modifier leur comportement. Ces individus sont souvent à la recherche de conseils appropriés permettant une mise en œuvre des modifications souhaitées);
 - l'action (c'est le moment où le changement a été effectué. Ce stade est le plus sujet aux arrêts parce que les effets de la modification comportementale sont peu perceptibles);
 - le maintien (moment où les individus ont modifié leur comportement depuis plus de 6 mois). Ils expliquent où se situe l'individu en termes d'intentions/motivation.
- **La balance décisionnelle**: elle représente les avantages et les inconvénients liés au changement de comportement. Elle est souvent associée à l'absence d'action ou de l'immobilisme dans les premiers stades de changement. En effet, une perception plus élevée des inconvénients au prorata des avantages ne permet pas de modifier un comportement car l'intérêt n'en est pas ressenti par l'individu ce qui entraîne une absence, ou de faibles intentions de pratique. De même, une balance décisionnelle basée sur l'équilibre, avec autant d'inconvénients que de bénéfices, favorise l'immobilisme par manque de perception des bénéfices supplémentaires qui pourraient être liés au fait de changer son comportement.
 - **Le sentiment d'efficacité personnelle**: la confiance dans ses propres capacités à mener à bien une action est un prédicteur important de l'engagement ou de l'arrêt d'un comportement. Il s'agit d'une autre expression du sentiment d'auto-efficacité.
 - **Les processus de changement**: ils concernent sont les stratégies utilisées (ou à utiliser) pour modifier le comportement. Ils sont, en théorie, la base de toute intervention.

2. Les théories sociocognitives de la santé

2.1 Les théories relatives aux croyances

2.1.1 Le Health Belief Model

Le Health Belief Model (HBM) porte sur les croyances relatives à la santé. Il a été le premier modèle à avoir un regard pluridisciplinaire et non exclusivement médical sur les comportements de santé. D'abord développé par Rosenstock (1966, 1974) puis par Becker et ses collègues (1975, 1984), il a été élaboré afin de prédire les comportements sains ou à risques à partir de quelques facteurs cognitifs (évaluations, perceptions, croyances) dans un contexte où l'on cherchait à comprendre les réticences des usagers à adopter certaines mesures préventives et à suivre les prescriptions médicales.

Le postulat de base de ce modèle repose sur l'idée qu'en matière de santé, une personne mettra en œuvre un comportement préventif, si elle dispose d'un minimum d'éléments pour comprendre ce qui lui arrive, d'une part, et si sa santé est à ses yeux une chose importante, d'autre part.

Ce modèle a servi de cadre explicatif aux comportements des patients qui soit acceptaient, soit refusaient de se soumettre à des tests de dépistage du cancer du poumon ou de l'intestin. Ultérieurement, il a été utilisé pour appréhender et comprendre les problèmes liés à l'observance thérapeutique. Selon le modèle original (Rosenstock, 1966, 1974), la probabilité pour qu'un individu adopte un comportement préventif (se faire vacciner, utiliser un préservatif, etc.) serait déterminée par quatre types de perceptions ou de croyances :

- **La vulnérabilité perçue** : se sentir plus ou moins vulnérable vis-à-vis d'une (ou de plusieurs) maladie(s). Exemple : « Je cours un risque important d'avoir un cancer du poumon » ;
- **La gravité perçue** : évaluer une (ou des) maladie(s) comme plus ou moins sérieuse(s). Exemple : « Un cancer du poumon est une maladie très grave » ;
- **Les bénéfices perçus** : croire que certains avantages sont associés à l'adoption d'un comportement sain. Exemple : « Arrêter de fumer va me faire faire des économies » ;
- **Les coûts obstacles et perçus** : croire que certains inconvénients sont associés à l'adoption d'un comportement sain. Exemple : « Arrêter de fumer va me rendre très nerveux ».

L'intérêt de ce modèle est de prendre en compte les croyances et les représentations communes des individus, ce qui le distingue des modèles biomédicaux qui tentent de définir la santé et la maladie de manière objective et relationnelle.

Le HBM contient plusieurs éléments (fig. 2.6) : l'état de préparation à agir déterminé par le sentiment d'être concerné par le risque (vulnérable), la perception de la gravité du risque (voir la situation comme sérieuse), l'évaluation subjective des bénéfices (efficacité potentielle, mieux-être...) du comportement de santé par rapport aux inconvénients ou barrières perçus (physiques, psychologiques, financiers, sociaux, etc.), les déclencheurs d'action (*cues to action*) internes (apparition de symptômes, perception de l'état de santé), ou externes (communication interpersonnelle, de masse, ou avis d'autrui) et, enfin, différents facteurs démographiques (âge, sexe, race, ethnie...) et sociopsychologiques, (personnalité, statut social, pression et normes sociales...).

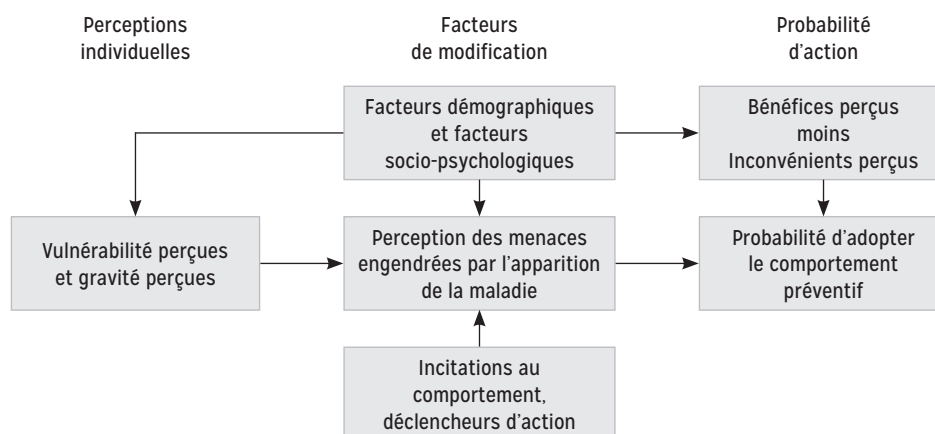


Figure 2.6 – Le Health Belief Model (Becker, 1974)

Le HBM a très souvent été utilisé dans l'étude de l'observance thérapeutique, qu'il s'agisse du respect des consignes médicales dans le cas de régimes alimentaires (Caggiula et Watson, 1992 ; Urban *et al.*, 1992), de l'hypertension (Nelson *et al.*, 1978), du diabète (Alogna, 1980) ou encore des désordres psychiatriques (Budd *et al.*, 1996). Il a également été employé dans le cadre de travaux portant sur les comportements d'autopalpation du sein chez les femmes à risque (Calnan, 1984).

Si le HBM présente un intérêt indéniable, il fait néanmoins abstraction des facteurs contextuels (influence de la famille, des pairs, de la communauté, etc.) et repose sur une approche réductrice des croyances. Il s'agit d'un modèle plutôt statique et peu ouvert à la perspective développementale liée au vécu des malades. En effet, une maladie évolue en permanence, ce qui nécessairement oblige à inscrire les croyances et les comportements en matière de santé dans une véritable perspective de changement et d'adaptation, ce dont ce modèle ne rend pas

compte. Enfin, il ne prend pas en compte certains aspects cognitifs tels que l'intention, qui, par la suite, se sont révélés essentiels pour la compréhension des comportements de santé.

2.1.2 La théorie de l'auto-efficacité

Ce modèle est basé sur la croyance selon laquelle nous pouvons provoquer des changements grâce à nos efforts personnels. Notre façon de percevoir nos propres capacités pour faire face aux événements et les maîtriser est considérée comme ayant une influence sur notre manière de réagir face à la maladie.

Cette notion, développée par Bandura (1997), s'appuie sur le constat que le comportement d'un individu repose sur deux croyances : l'une suivant laquelle les résultats que l'on peut obtenir sont liés aux efforts personnels ; la seconde est la conviction d'avoir à sa disposition les ressources nécessaires pour atteindre un but déterminé. De ces deux croyances, c'est le sentiment d'efficacité personnelle qui serait l'élément le plus important. Il comporte une dynamique propre reposant sur le fait que celui qui croit en ses propres capacités les développera d'autant plus efficacement face à des obstacles.

Parmi les éléments qui jouent dans ce mécanisme, deux sont importants par rapport au problème de la maladie : le premier est lié à nos expériences passées et à la façon dont elles développent ou non la croyance en notre propre capacité ; le second considère le fait d'avoir surmonté une épreuve comme un facteur de renforcement du sentiment que l'on est en mesure de se battre et de surmonter les événements difficiles.

Le sentiment d'efficacité se compose de trois dimensions que sont la magnitude, la force (ou résistance) et la généralité, auxquelles s'ajoute la dimension temporelle. La magnitude concerne le niveau de difficulté d'un comportement ; ainsi les sentiments d'auto-efficacité peuvent-ils s'arrêter aux comportements les plus simples, ou s'étendre aux plus complexes. La magnitude reflète donc un aspect de l'intensité du sentiment d'auto-efficacité. La force (ou résistance) est la capacité à maintenir le sentiment d'auto-efficacité malgré les échecs ou les difficultés rencontrées. La généralité du sentiment d'efficacité est sa possibilité de s'étendre à tous les aspects du comportement.

Enfin, le sentiment d'auto-efficacité prendra des contours différents selon qu'il est « fonctionnel » depuis plus ou moins longtemps ou mobilisé plus ou moins souvent, ce qui confère à la dimension temporelle une importance non négligeable. Pour Bandura, une étude du sentiment d'auto-efficacité passe nécessairement par une analyse détaillée de toutes ces dimensions.

Ce concept s'est révélé déterminant dans plusieurs études (Di Clemente 1981) qui ont mis en évidence que l'auto-efficacité perçue avait une influence directe sur la somme des efforts qu'un individu était disposé à fournir pour adopter un nouveau comportement, lorsqu'il était confronté à des problèmes de santé.

Bien que ce modèle provienne d'une théorie spécifique, dans les faits, il a souvent été intégré dans d'autres modèles comme la théorie de l'action raisonnée. Il s'impose aujourd'hui dans la plupart des approches qui cherchent à modéliser les comportements de santé.

2.1.3 La théorie des systèmes autorégulés

Ce modèle est issu des travaux sur l'impact des communications alarmantes sur les comportements de santé (Leventhal, Meyer et Nerenz, 1980). Il est très vite apparu que l'unique présence de ces communications était insuffisante pour provoquer des modifications comportementales à long terme. C'est la raison pour laquelle il a semblé utile d'accompagner de tels messages par des plans d'action, en donnant par exemple des instructions claires et précises aux patients pour la réalisation de nouveaux comportements de santé (la vaccination contre le tétanos).

L'objectif de ces dispositifs était de modifier les représentations qu'avaient les patients des traitements. Les comportements de santé sont appréhendés ici comme la résultante de l'interprétation et de l'évaluation que ces derniers font de leur maladie. Ainsi, le choix adaptatif de prise ou non de leur traitement reste-t-il pour une très large part influencée par le sens qu'ils lui attribuent. Les comportements de santé sont appréhendés comme un ensemble d'actions mis en œuvre non pas pour faire face à la maladie, mais à la représentation qu'ils s'en font.

Selon ce modèle, les réponses en matière de santé suivent globalement trois étapes :

1. l'élaboration d'une représentation cognitive du traitement à travers laquelle le patient donne un sens, une signification à sa santé et à son traitement ;
2. le développement d'un plan d'action ou d'une stratégie de coping pour interagir avec le traitement ;
3. l'évaluation des effets du plan d'action.

La spécificité de ce modèle est de considérer l'interaction de l'ensemble des paramètres avec la mémoire que le sujet a de son histoire de vie et plus précisément de son histoire adaptative. Ainsi, la perception de la menace est différente d'une personne à une autre selon l'expérience que chacun a de la maladie, de la même manière qu'elle peut varier avec le temps.

Ce modèle fait la distinction entre les concepts de mémoire épisodique (autobiographique expérientielle) et de mémoire sémantique (concernant les représentations et concepts). Dès lors, des conflits de mémoire peuvent apparaître, lorsque, par exemple, le vécu d'un épisode de maladie interfère avec la connaissance théorique ou formelle qu'on en a. Ainsi, lors d'épisodes asymptomatiques (dépourvus de symptômes), un individu pourra ne pas se sentir vulnérable (par expérience ou par inexpérience) et simultanément savoir (au niveau de sa mémoire sémantique) que son état nécessite une action de prévention, voire une action thérapeutique (c'est le cas de la sclérose en plaques).

Une fois les opinions et les croyances du malade fixées en mémoire épisodique, elles se constituent en théories propres de la maladie qui orienteront par la suite ses actions et ses choix.

L'apport majeur du modèle d'autorégulation a été la prise en compte de ces représentations personnelles de la maladie stockées en mémoire épisodique, qui prennent leur source à la fois dans le vécu (peurs, angoisses...) et dans l'environnement social des malades et qui vont jouer le rôle de guide dans les rapports que ceux-ci entretiennent avec leur maladie et leur traitement.

2.2 Les théories des représentations de la santé et de la maladie

Ces modèles ne proposent pas de démarche procédurale, de phase ou de stade. Ils partent du principe que les individus élaborent des cadres d'analyses d'origine cognitive ou sociocognitive qui vont rendre intelligible leur rapport à la santé ou à la maladie. Ces cadres sont appelés des représentations.

Le terme de représentation désigne ici les structures de connaissance stabilisées en mémoire à long terme. Il s'agit de conceptions que le sujet s'est construites ou qui lui ont été transmises et qui ne correspondent en rien aux connaissances scientifiques ou médicales. Ces représentations ont une fonction psychologique majeure : elles permettent de mettre du sens et de l'intelligence au chaos que représente parfois la maladie, d'une part ; elles donnent aux patients le sentiment de reprendre du contrôle sur la maladie en la rendant accessible et intelligible, d'autre part.

Deux orientations se dégagent : une représentation personnelle de la maladie et une autre sociale.

2.2.1 La représentation personnelle de la maladie

Les représentations personnelles que les patients ont de leur maladie sont aussi bien des descriptions de la maladie que des explications de son origine. Tout se passe comme si les malades construisaient des interfaces entre eux et la maladie qui sont comme des grilles de lecture permettant de donner du sens à l'évolution ou, au contraire, à la régression de la maladie. Cela concerne la survenue ou la disparition de certains symptômes, les ressentis, les états internes qui sont saisis et traités, peut-être à tort, en lien avec la maladie.

Meyer, Leventhal, Gutman (1985) ont mis en évidence trois types de catégorisation de la maladie chez les sujets malades d'hypertension :

- une représentation aiguë soignée grâce à un traitement que l'on peut interrompre dès que les niveaux de tension retournent à la normale ;
- une représentation cyclique qui conduit les malades à suivre leur traitement de façon discontinue ;
- une représentation comme maladie chronique où les malades se conforment en continu aux prescriptions médicales.

Ces représentations sont un cadre pour l'action, dans la mesure où elles aménagent l'environnement cognitif du sujet de façon telle que les comportements de santé y trouvent leur place et sont toujours justifiés du point de vue du malade.

Les représentations personnelles des malades peuvent être conçues comme des éléments préparatoires à l'action. Elles parviennent à lui donner un sens en lien avec la situation du malade, ses symptômes et les désagréments que cela implique.

Dans une étude sur des patients en chimiothérapie, Nerenz, Leventhal et Love (1982) ont montré que ces représentations jouaient un rôle majeur. En effet, les patients atteints de lymphomes malins définissaient l'efficacité de leur chimiothérapie, en évaluant la taille des nodules lymphatiques malades qu'ils pouvaient palper. Ainsi, ceux chez qui les nodules avaient subitement disparu étaient dans une plus grande détresse que ceux chez qui la rémission avait été graduelle. Ce fait suggère qu'ils se trouvaient dépourvus de moyens leur permettant d'évaluer l'efficacité du traitement, qu'ils ne comprenaient alors plus la nécessité de poursuivre leur traitement, alors qu'ils étaient, selon eux, « guéris » ou n'avaient plus d'expression tangible de la maladie.

Cette étude souligne l'importance et le rôle d'une représentation de la maladie, selon laquelle les symptômes définissent sa présence ou son absence et facilitent la réponse psychologique des patients.

Ces expériences intimes, rarement exprimées, voire secrètement gardées, s'organisent à partir d'au moins deux processus cognitifs : les prototypes et les heuristiques.

Le prototype désigne la façon dont les personnes organisent en mémoire leur représentation de la maladie (Rosch, 1978). Lorsqu'elles ont le sentiment d'être en présence de symptômes précis d'une maladie donnée, elles effectuent une comparaison entre leur expérience, leur vécu et leur ressenti des symptômes et les différents prototypes de la maladie qu'elles connaissent. Puis elles choisissent celui qui s'adapte le mieux à la configuration des symptômes qui leur est propre. Il n'est pas nécessaire que la correspondance entre les symptômes et le prototype soit parfaite, mais la ressemblance doit être suffisante pour rendre plausible une telle interprétation. L'interprétation attribuée à la maladie aura ensuite une influence sur les décisions que prendra le sujet en matière de santé (consulter ou non un médecin, suivre ou non un traitement...).

La représentation de la maladie peut également trouver sa source dans des heuristiques. Ce sont des phénomènes produits par des procédures cognitives d'aide à la décision (Tversky et Kahneman, 1974). Une heuristique permet de résoudre des tâches complexes en les réduisant en opérations plus faciles, notamment en simplifiant l'information, en grossissant certaines propriétés des données disponibles et en faisant en sorte d'en ignorer d'autres. Ces stratégies de traitement de l'information peuvent conduire à des erreurs de jugement, notamment dans l'estimation de la probabilité d'apparition d'un événement, ce qui n'est pas sans conséquences s'agissant des problèmes de santé.

Parmi les heuristiques les plus connues, on peut retenir l'heuristique de disponibilité. Elle désigne la tendance à juger un événement plus probable qu'il ne l'est en réalité, parce qu'il est plus imaginable et plus facilement disponible en mémoire. Par exemple, les risques liés au non-respect des consignes médicales facilement identifiables, comme le fait de voir certains symptômes réapparaître, peuvent inciter le patient à être plus conforme aux prescriptions médicales. Inversement, des risques peuvent être sous-estimés si les conséquences négatives sur la santé, par exemple de la cigarette, sont, pour le sujet, difficilement imaginables.

2.2.2 La théorie des représentations sociales

La contribution de la théorie des représentations sociales (TRS) dans le domaine de la psychologie de la santé vient du fait qu'elle permet une compréhension de la façon dont les personnes tirent des significations de la santé et de la maladie.

Les modèles classiques (HBM, TAR...) de la psychologie de la santé ont surtout eu comme objectif d'isoler les processus de traitement de l'information des personnes malades ou en bonne santé. Ce qui est au centre de ces modèles concerne, en général, la mesure des attitudes ou des croyances; en revanche, le rapport entre la pensée des individus et les systèmes culturels est rarement envisagé. C'est justement

ce que permet la TRS qui dispose d'outils pour démontrer comment les dimensions socioculturelles et historiques influencent les actions des individus en rapport avec la santé et la maladie.

Les travaux philosophiques et épistémologiques de Georges Canguilhem sur la maladie ont introduit, dans le champ de la santé, la notion de « maladie-du-malade ». La maladie correspond, pour le patient, à une « autre allure de la vie », et cette perception, pour autant qu'elle soit faillible sur le plan du diagnostic, préexiste à l'étude purement biomédicale et l'enrichit de sa subjectivité. En effet, selon Canguilhem, « il n'y a pas de pathologie objective ». Les thèses de ce philosophe et médecin vont ouvrir la voie à un courant de recherches abondant en médecine, psychologie, sociologie ou encore anthropologie (Canguilhem, 1966). La notion de représentation propre de sa maladie, par le patient, est un objet d'étude important en psychologie clinique et psychopathologie. Jean-Louis Pédinielli a défini la maladie, vue par le malade, comme « une expérience individuelle comportant des retentissements psychologiques, sociaux, culturels » et a décrit les représentations individuelles originales des patients qui en résultent, comme des « théories » (Pédinielli, 1999). Ces théories, appelées « profanes » (par opposition à savantes) ou personnelles, sont fondées sur des représentations sociales partagées, qui ont été décrites de manière empirique dans une perspective anthropologique ou sociale.

L'idée de représentation sociale fait référence au contenu des compréhensions du monde quotidien, c'est-à-dire les idées qui circulent dans une société et qui constituent ce que l'on appelle le « sens commun ». Pour Moscovici (1984), la transformation du savoir scientifique tend à être considérée comme un aspect fondamental du sens commun : le sens commun c'est la science rendue commune.

Même si on retrouve l'empreinte des sciences médicales sur les idées du sens commun à propos de tout ce qui touche à la santé, les significations qui sont finalement retenues introduisent parmi les connaissances scientifiques d'autres idées. Au-delà de ce que les gens pensent, l'étude des représentations sociales s'intéresse aux processus spécifiques par lesquels ces contenus sont mis en forme, ajustés ou complétés et finalement transformés à travers la communication en pensées dites « profanes », non expertes, véhiculables et compréhensibles par la plupart des gens.

Selon la TRS, deux processus spécifiques sont utilisés lorsque les individus sont engagés dans ce processus de transformation : l'ancrage et l'objectification (Moscovici, 1984). Grâce à ces processus, les valeurs et les normes fondamentales de la société se retrouvent imprimées sur les nouveaux événements et guident les mutations qui accompagnent la circulation du savoir dans une société donnée. Ils permettent aux individus de se forger une opinion sur de nouveaux événements.

Afin d'être compris, un nouvel événement, peu familier par définition, est intégré en étant façonné de manière à apparaître continu avec des idées existantes (Moscovici, 1984). Le sida s'est trouvé configuré d'après les termes des épidémies antérieures, dont la majorité avait été associée à des étrangers, comme les Haïtiens à travers les rites vaudous par l'ingestion de sang d'animaux ou la consommation de viande de chat (Farmer, 1992). Selon la TRS, le sens donné à de nombreuses nouvelles maladies est dans la lignée des maladies connues, quelles qu'en soient les différences matérielles.

Le processus d'ancrage est une forme sociale du processus de catégorisation. Par cet acte de classification, de désignation, l'événement inconnu, menaçant, devient imaginable, représentable. Puisque le nouveau phénomène acquiert les caractéristiques de la catégorie à laquelle il est assimilé, les opinions valant pour le précédent phénomène sont transférées sur le nouveau. Cela supprime son aspect mystérieux. Bien entendu, cela supprime également du champ de la pensée les aspects spécifiques et différents de ce nouvel événement. Des expressions se rapportant à d'anciennes épidémies comme la « mort noire » ont refait leur apparition parmi les premières appellations du sida, et ses victimes devaient être « évitées comme la peste ».

Le processus d'objectivation a, quant à lui, beaucoup en commun avec celui de la symbolisation, un concept important mais trop peu utilisé dans les recherches sur la santé.

L'une des fonctions fondamentales d'un symbole est de fournir à l'individu un moyen d'appréhender des sujets abstraits comme les idéaux, les valeurs, les normes, les désirs, ainsi que les entités comme les dieux et les esprits. À partir du moment où a lieu la symbolisation, la compréhension intellectuelle et la perception de l'élément suivent : « Les symboles contiennent des messages complexes qui sont représentés de façon simple et vivante » (Verkuyten, 1995).

Les symboles sont aussi associés à une charge émotionnelle. Ils aident à créer et à entretenir certains sentiments. D'après, Giami et Shiltz (1996), une représentation sociale particulière est à la base de pratiques sexuelles non protégées ; lorsqu'une personne symbolise un partenaire comme « bon », elle a tendance à ne pas se protéger systématiquement. Par bon partenaire, il faut entendre une personne aimée, à long terme, connue, issue du même réseau social et/ou dotée d'un physique agréable. Les gens ont tendance à ne pas avoir de rapports sexuels, ou à mieux se protéger, avec ceux présentés comme « mauvais ». Ainsi, l'utilisation du préservatif est en rapport inverse avec le degré d'intimité ressenti, quelle que soit l'information au sujet du statut VIH du partenaire. En particulier, ceux qui

se définissent comme étant « amoureux » sont moins enclins à se protéger contre l'infection par le VIH.

Verkuyten (1995) fait remarquer que la psychologie et la sociologie se préoccupent peu des symboles, alors qu'il s'agit d'un concept fondamental de l'anthropologie; il voit dans les symboles culturels les clés de l'étude de la société. La psychologie de la santé gagnerait à s'appuyer davantage sur l'étude des diverses formes d'expression de la symbolisation. Cette attention aux symboles souligne une différence cruciale entre l'approche de la représentation sociale et les autres conceptions théoriques basées sur les processus cognitifs et qui sont d'un tout autre ordre.

Conclusion

La psychologie de la santé a élaboré et développé des théories et des modèles diversifiés qui ont cherché à intégrer et à expliquer la complexité des facteurs psychosociaux qui influencent tant l'état de santé que la survenue des maladies. Ils montrent non seulement le poids des caractéristiques objectives des comportements de santé, mais ils insistent tous sur la nécessité d'inscrire la question de la santé et de la maladie dans une perspective subjective qui tienne compte des croyances et des représentations que les individus se construisent de ce qui leur arrive.

Ces perceptions sont liées non seulement à l'histoire de vie, à l'histoire psychique du sujet, mais aussi au contexte psychosocial dans lequel les sujets malades ou en bonne santé sont insérés. C'est cette prise en compte de la globalité du sujet et des déterminants de ses cognitions qui permettra une approche et une prise en charge plus efficace des personnes.

La compréhension des cognitions, des affects et des processus psychiques qui influencent ou déterminent les comportements de santé, est pour le psychologue de la santé un cadre d'analyse et d'interventions pour améliorer les qualités de la prise en charge.

CONCEPTS CLÉS

⇒ **Sentiment d'auto-efficacité**: ce concept peut se définir comme une croyance selon laquelle nous pouvons provoquer des changements grâce à nos efforts personnels. Notre façon de percevoir nos propres capacités pour

faire face aux événements et les maîtriser est considérée comme ayant une influence sur notre manière de réagir face à la maladie. Cette notion a été développée par Bandura (1997).

⇒ **Modèles intégrés** : modèles qui prennent en considération non seulement les variables cognitives et motivationnelles mais aussi le rôle des variables émotionnelles. Ces modèles insistent sur la nécessité de tenir compte de toutes les phases temporelles et de toutes les étapes qu'implique le fait d'être malade. Ils se rejoignent sur au moins trois aspects. D'abord, ils sont dynamiques et mettent en valeur une perspective temporelle articulée en différentes étapes ou phases du changement de comportement. Ensuite, ils impliquent la présence de cognitions spécifiques à chacune de ces étapes ou stades. Enfin, ils intègrent une multiplicité d'apports des autres modèles plus classiques dont ils ont parfois voulu faire la synthèse.

⇒ **Représentations personnelles de la maladie** : structures de connaissances que le sujet s'est construites et qui fonctionnent comme des cadres pour l'action, dans la mesure où elles aménagent l'environnement cognitif du sujet de façon telle que les comportements de santé trouvent leur place et sont du point de vue du malade toujours justifiés. Ces représentations personnelles des malades peuvent être conçues comme des éléments préparatoires à l'action. Elles ne le sont pas seulement parce qu'elles guident le comportement, mais également et surtout parce qu'elles reconfigurent les éléments de l'environnement où le comportement doit avoir lieu. Elles parviennent à lui donner un sens, à l'intégrer dans un niveau de relation où il est lié à la situation du malade, à ses symptômes et aux désagréments que cela implique.

⇒ **Représentations sociales de la santé** : formes de connaissance comparables aux représentations personnelles de la santé, mais qui présentent la particularité d'être construites et partagées socialement et engendrées lors des interactions et dont l'utilité est d'interpréter et de donner une signification à la santé et la maladie envisagées ici comme des objets sociaux. L'idée de représentation sociale fait référence au contenu des compréhensions du monde quotidien, c'est-à-dire les idées qui circulent dans une société et qui constituent ce que l'on appelle le « sens commun ».

Lectures conseillées

- | | |
|--|---|
| BRUCHON-SCHWEITZER, M. et BOUJUT, E. (2014). <i>Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes</i> . Paris : Dunod. | HERZLICH, C. (1969). <i>Santé et Maladie. Analyse d'une représentation sociale</i> . Paris : EHESS. |
| OGDEN, P. (2018). <i>Psychologie de la santé</i> . Bruxelles : De Boeck. | FISCHER, G.N. ET TARQUINIO, C. (2014). <i>Psychologie de la santé : applications et interventions</i> . Paris : Dunod |

Bibliographie

- ALOGNA, M. (1980) Perception of severity of disease and health locus of control in compliant and non-compliant diabetic patients. *Diabetes Care*, 3, 533-534.
- AJZEN, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned from cognition to behaviour. In J. Kuhl et J. Beckmann (éd.). *Action-Control from cognition to behaviour*. Heidelberg : Springer-Verlag.
- AJZEN, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- ALBARRACIN, D., FISHBEIN, M., et MIDDLESTADT, S. (1998). Generalizing behavioral findings across times, samples, and measures: A study of condom use. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 657-674
- BANDURA, A. (1977). Self-Efficacy toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- BECKER, M.H. (1974). The Health belief model and personal health behaviour. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- BECKER M.H. et MAIMAN L.A. (1975). «Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations », *Medical Care*, 13, 10-14.
- BECKER, M.H. et ROSENSTOCK, I.M. (1984). «Compliance with Medical Care », in A. Steptoe et A. Matthews (eds.), *Health Care and Human Behavior*, Londres, Academic Press.
- BUDD, R.J., HUGHES, I.C.T. et SMITH, J.A. (1996). Health beliefs and compliance with anti-psychotic medication. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 393-397.
- CAGGIULA, A.W. et WATSON, J.E. (1992) Characteristics associated with compliance to cholesterol lowering eating patterns. *Patient Education and Counseling*, 19, 33-41.
- CALNAN, M. (1984) The health belief model and participation in programs for the early détection of breast cancer: a comparative analysis. *Social Science and Medicine*, 19, 823-830.
- CANGUILHEM, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.
- CONNER, M. et NORMAN, P. (1996). *Predicting health behaviour*. Buckingham : Open University Press.
- CONNER, M. et SPARKS, P. (1996) The theory of planned behaviour and health behaviours. In M. Conner and P. Norman (eds.) *Predicting health behaviour*. Buckingham: Open University Press.
- DICLEMENTE, C.C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175-187.
- DUBOIS, N. (1987). *La psychologie du contrôle: Les croyances internes et externes*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- FARMER, P. (1992). AIDS and accusation: Haiti and the geography of blame. Berkeley: University of California Press.
- FISHBEIN, M. et AJZEN, I. (1975). Beliefs attitudes intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- FISHBEIN, M., HALL-JAMIESON, K., ZIMMER E., VON HAEFTEN, I. et NABI, R. (2002). Avoiding the boomerang: Testing the relative effectiveness of antidrug public service announcements before a national campaign. *American Journal of Public Health*, 92 (2), 238-245.
- FOLKMAN, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 839-852.

- GODIN, G. (2002). Le changement des comportements de santé. In G.F. Fisher (éd.), *Traité de psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- GODIN, G., GAGNON, H., LAMBERT, L.D. et CONNER, M. (2005) Determinants of condom use among a random sample of single heterosexual adults. *British Journal of Health Psychology*, 10, 85-100.
- GODIN, G., CONNER, M., SHEERAN, P., BELANGER-GRAVEL, A. et GERMAIN, M. (2007) Determinants of repeated blood donation among new and experienced blood donors. *Transfusion*, 47 (9), 1607-1615.
- GIAMI, A. et SCHILTZ, M.A. (1996). Representations of sexuality and relations between partners: sex research in France in the area of AIDS. *Annual Review of Sex Research*, 7, 125-157.
- HAERKAEPAAE, K., JAERVIKOSKI, A. et VAKKARI, T. (1998). perceived self-efficacy and headache-related disability. *British Journal of Health Psychology*, 3, 225-236.
- LEVENSON, H. (1974). Activism and powerful others: Distinction within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377-383.
- LEVENTHAL, H., MEYER, D. et NERENZ, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (ed.), *Contributions to medical psychology*. Oxford: Pergamon Press.
- MEYER, D., LEVENTHAL, H. et GUTMAN, M. (1984). Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 115-135.
- MOSCOVICI, S. (1984). The phenomenon of social representations. In R.M. Farr et S. Moscovici (eds.), *Social representations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- NELSON, E.C., STASON, W.B., NEUTRA, R.R., SOLOMON, H.S. et McARDLE, P.J. (1978) Impact of patient perceptions on compliance treatment in hypertension. *Medical Care*, 16, 893-906.
- NERENZ, D.R., LEVENTHAL, H. et LOVE, R.R. (1982). Factors contributing to emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer*, 50, 1020-1027.
- PAGEL M.D., BECKER J., et COPPEL D.B. (1985). Loss of control, self-blame, and depression: An investigation of spouse caregivers of Alzheimer's disease patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 169-182.
- PAYNE, N., JONES, F. et HARRIS, P.R. (2010). The impact of job strain on the predictive validity of the theory of planned behaviour: An investigation of exercise and healthy eating. *British Journal of Health Psychology*, 10 (1), 115-131.
- PAULHUS, D.L., et VAN SELST, M. (1990). The spheres of control scale: 10 yrs of research. *Personality and Individual Differences*, 11, 1029-1036.
- PEDINIELLI, J.L. (1999). Les « théories » personnelles des patients. *Pratiques Psychologiques*, 4, 53-62.
- POMAZAL, R.J. et JACCARD, J.J. (1976). An informational approach to altruistic behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33 (3), 317-326.
- ROSCH, E.H. (1978). Principles of categorization. In E. Rosch et B. Lloyd (eds.), *Cognition and Categorization*. Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates, 27-48.
- ROSENSTOCK, I.M. (1966). Why people use health services. *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-124.
- ROSENSTOCK, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
- ROTTER, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal vs external control of reinforcement, *Psychological Monographs*, 80 (1), whole n°609.
- STOEBE, W. et STROEBE, M.S. (1995). *Social psychology and health*. Pacific Grove, CA, US: Brooks/Cole Publishing Co.

- SCHWARZER, R. (1992). *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.
- SCHWARZER, R., et FUCHS, R. (1995). Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs. In A. Bandura (ed.), *Self-efficacy in changing societies* (p. 259-288). New York: Cambridge University Press.
- SCHWARZER, R., et FUCHS, R. (1996). Self-efficacy and health behaviors. In M. Conner et P. Norman (eds.), *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models* (p. 163-196). Buckingham, UK: Open Univer (5) *Health-Specific Self-Efficacy Scales*. Available from: https://www.researchgate.net/publication/251801350_Health-Specific_Self-Efficacy_Scales.
- SMETANA, J. et ADLER, N. (1979). Understanding the abortion decision: A test of Fishbein's expectancy x value model. *Journal of Population*, 2, 338-357.
- TRIANDIS, H.C. (1977). *Interpersonal behavior*. Monterey, CA: Brooks-Cole.
- TVERSKY A. et KAHNEMAN D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and Biases, *Science*, 185, 1124-1131.
- URBAN, N., WHITE, E., ANDERSON, G.L., CURRY, S. et KRISTAL, A.R. (1992) Correlates of maintenance of a low-fat diet among women in the Women's Health Trial. *Preventive Medicine*, 21, 279-291.
- VERKUYTEN, M. (1995). Symbols and social representations. *Journal of the Theory of Social Behaviour*, 25 (3), 331-351.
- WALLSTON, K.A. et WALLSTON, B.S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In G. Sanders et J. Suls (eds.), *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Chapitre 3

Stress et santé



Sommaire

1. Les modèles théoriques du stress	71
2. Les mesures du stress.....	80
3. Les conséquences du stress	88
Conclusion.....	95
Lectures conseillées	96
Bibliographie	96

La psychologie de la santé accorde une place importante à l'étude du rôle joué par les facteurs psychiques dans de nombreux problèmes de santé. Parmi ces facteurs appelés « pathogènes », le stress semble avoir un poids spécifique à la fois en tant que facteur de risque sur la santé, en général, et sur l'évolution de plusieurs types de pathologies telles que les maladies cardio-vasculaires et les cancers, en particulier.

Aujourd'hui, la notion de stress est employée dans le langage courant, essentiellement pour qualifier un état de tension intérieure et des émotions négatives, et expliquer des événements, eux aussi, négatifs et susceptibles d'avoir un impact négatif sur la santé. En réalité, le stress est un phénomène complexe par lequel on désigne un type de réactions, tant physiologiques que psychologiques.

En psychologie de la santé, cette notion a ouvert la voie à un ensemble de recherches qui ont permis de redéfinir les facteurs de risque de la maladie, en remettant notamment en question un modèle biologique de causalité linéaire pour élaborer des approches qui intègrent une pluralité de facteurs.

Depuis quelques années, le stress est également de plus en plus évoqué pour aborder des problématiques de santé au travail, et a même donné lieu à un accord national interprofessionnel (ANI) en 2008.

Ce chapitre abordera dans un premier temps les principaux modèles explicatifs du stress. Il s'attachera ensuite à présenter les principales méthodes permettant d'appréhender et mesurer le stress. Enfin, nous présenterons les principales conséquences du stress.

1. Les modèles théoriques du stress

Le terme de stress est d'un usage courant aujourd'hui. Il s'agit d'un mot anglo-saxon qui vient du latin *stringere*, qui signifie « étreindre, serrer », pour désigner un état accompagné d'émotion, d'anxiété et de sentiments de détresse éprouvés dans des situations de tensions, d'incertitudes, d'événements inattendus, etc.

Cette notion est utilisée dans plusieurs domaines scientifiques : mécanique, métallurgie, neurophysiologie, psycho-neuro-immunologie, psychologie de la santé. D'abord employé en physique des solides, le terme *stress* désigne une force exerçant une tension dans un corps solide et entraînant sa déformation.

Nous aborderons ici les deux conceptions essentielles du stress utilisées en psychologie de la santé : les conceptions physiologique et psychologique. Nous terminerons en présentant des approches spécifiques au stress professionnel.

1.1 Les approches physiologiques

L'utilisation de la notion de stress en physiologie date du début du xx^e siècle, et c'est dans cette perspective que la conception scientifique du stress a d'abord été élaborée.

Cannon (1927) développe une théorie du stress comme réaction physiologique liée aux émotions et visant à rétablir l'homéostasie, c'est-à-dire la capacité de l'organisme à maintenir constant son milieu intérieur en dépit des variations du milieu extérieur. Dans cette conception, la réponse au stress fait partie d'un système unifié corps/esprit dans lequel l'excitation physiologique et l'expérience émotionnelle sont concomitantes : le stimulus qui déclenche une émotion agit simultanément au niveau du cortex et repose sur un ensemble de régulations coordonnées. La réponse au stress va donner lieu à un modèle de réaction comportementale appelé : *fight or flight* (fuir ou combattre).

Ce sont les travaux de Selye (1946, 1956) qui vont faire du stress un concept majeur à la fois en médecine et en psychologie. Ses expériences, qui ont abouti à son idée de réponse au stress, ont été réalisées à l'université McGill de Montréal et ont porté sur l'injection d'extrait d'hormone ovarienne à des rats en vue de mettre au point de nouvelles hormones. Il observa trois types d'effets : une hypertrophie des glandes surrénales, une atrophie des organes lymphatiques et l'apparition d'ulcères gastroduodénaux. Au cours d'autres expériences, l'injection d'autres extraits produisit les mêmes effets que précédemment. Selye en conclut que ces effets n'étaient pas dus à l'injection des nouvelles hormones. Pour le vérifier, il étudia des réactions d'attaque ou de fuite chez des chats confrontés à la menace d'un chien, ou des réactions d'animaux en laboratoire à d'autres facteurs de stress, comme les chocs électriques. Il observa dans tous les cas des manifestations physiologiques, telles que la libération d'une hormone provenant de la médullosurrénale : l'adrénaline. Il en déduisit que ces manifestations étaient des indices objectifs de la réponse du corps au stress. Il désigna cette réponse sous le terme de syndrome général d'adaptation, qu'il appela par la suite « stress ».

Selye a défini le stress comme l'ensemble des réactions non spécifiques de l'organisme à toute demande d'adaptation qui lui est faite : il s'agit donc d'un processus composé de réactions liées à des états physiologiques qui surviennent en réponse à différents stimuli externes appelés stressseurs ou agents stressants. Selye (1956) distingue trois phases séquentielles d'adaptation de l'organisme en réponse aux stimuli ou stressseurs.

- La première phase est la réaction d'alarme ou phase de choc, à la suite de la confrontation à un stressseur. Elle se caractérise par diverses réactions physiologiques (augmentation de la fréquence cardiaque, augmentation de la fréquence

respiratoire, augmentation du taux de glucose dans le sang, ralentissement des fonctions physiologiques non vitales, etc.) visant à apporter de l'énergie à l'organisme afin de réagir, c'est-à-dire attaquer ou fuir la menace. Une fois le stressueur disparu, l'organisme revient alors à son fonctionnement initial (phase de contre-choc) et entre dans une phase de récupération. Cette première phase de mise en alerte de l'organisme, suivie d'une phase de récupération, n'a rien de pathologique et ne présente pas de danger pour la santé. Il s'agit d'une réaction normale et indispensable d'adaptation de l'organisme à un stressueur; en soi, ce stress n'est ni bon ni mauvais. Nous sommes tous confrontés quotidiennement à différents stressueurs qui viennent mettre notre organisme en alerte. Néanmoins, le danger apparaît lorsque le stressueur s'installe dans la durée et ne disparaît pas ou lorsque différents stressueurs se succèdent sans permettre à l'organisme de récupérer : l'organisme entre alors dans une phase de résistance. On parle de stress chronique.

- La deuxième phase est la phase de résistance. Elle est le résultat du métabolisme opéré lors de la première phase et se traduit par un accroissement de l'activité, une augmentation du volume de la corticosurrénale, ainsi qu'une inversion de la plupart des signes caractéristiques de la première phase.
- La troisième phase est la phase d'épuisement. Elle se produit lorsque la réaction de stress persiste en intensité et en durée. L'organisme perd alors ses ressources adaptatives, devient plus vulnérable, et cet état peut déboucher sur la mort.

Ces trois phases constituent les trois modalités principales de la réaction à une situation de stress. Afin de ne pas donner au stress une compréhension univoque, Selye (1974) a introduit une distinction entre l'*eustress*, le stress qui s'accompagne d'agréments et de bien-être, et le *distress*, le stress désagréable, insupportable, qui se traduit souvent par un sentiment de détresse. La psychologie de la santé s'intéresse essentiellement au *distress*, c'est-à-dire au stress qui a des effets négatifs et se traduit notamment en termes de facteurs de risque de santé.

La notion de stress englobe deux aspects distincts et complémentaires : les stimuli externes (facteurs d'agression) ou internes (facteurs cognitifs), appelés stressueurs, et l'état dans lequel se trouve l'organisme, appelé état de stress. Le stress serait ainsi la réaction d'adaptation de l'organisme confronté à un stressueur. Selon Selye, la théorie du stress met ainsi l'accent sur le caractère non spécifique de la réaction exercée sur l'organisme, c'est-à-dire qu'elle ne dépend pas des caractéristiques du stressueur. Cette réponse de l'organisme peut excéder ses capacités d'adaptation; dans ce cas, peuvent apparaître les maladies de l'adaptation (Selye, 1956).

Les travaux physiologiques du stress ont mis en évidence les modifications organiques provoquées par des agents stressants au travers du système nerveux

autonome et du système neuroendocrinien. La conception physiologique a ainsi dégagé une compréhension du stress comme un état de dysharmonie ou de menace à l'homéostasie; il s'agit d'un modèle biologique essentiellement basé sur le schéma stimulus-réponse.

1.2 Les approches psychologiques

1.2.1 Le modèle transactionnel (Lazarus et Folkman, 1984)

Les travaux développés en psychobiologie et en psychologie de la santé ont abandonné le modèle linéaire physiologique et montré l'importance des facteurs émotionnels dans les variations des hormones de stress. En effet, on a observé que les réactions hormonales ne sont pas purement réflexes, mais qu'elles sont influencées par l'état émotionnel lié à une situation stressante.

La prise en compte des émotions va donner lieu à un nouveau modèle explicatif qui confère aux facteurs psychologiques une importance dans le déclenchement des réponses hormonales: un événement ne provoque une réponse de stress qu'en fonction de l'intensité des réactions émotionnelles qu'il engendre.

En outre, les recherches ont progressivement envisagé le stress comme un processus multifactoriel défini comme un système d'interdépendance entre des composantes affectives, cognitives, sensorielles, endocriniennes et comportementales. Au modèle biologique linéaire se substitue donc un modèle plus complexe et dynamique, qui privilégie le rôle des interactions entre une multiplicité de facteurs pour expliquer l'impact d'un événement stressant sur l'organisme.

Par conséquent, la réaction de stress n'est plus directement déterminée par la gravité objective du stressor mais par la transaction individu/environnement dans laquelle les facteurs émotionnels, cognitifs et sociaux négatifs jouent un rôle essentiel. Dans cette perspective, le stress a été défini comme une transaction entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée comme débordant les ressources d'un individu et pouvant mettre en danger son bien-être (Lazarus et Folkman, 1984). Dans cette approche, il est envisagé comme un processus d'interaction entre les agents stressants et les réactions d'ajustement; en outre, l'individu y est considéré comme un acteur qui peut moduler l'impact des stressors par des stratégies cognitives, émotionnelles et comportementales.

Cette conception a dégagé la notion de stress perçu, opposé au stress objectif. Alors que le stress objectif est considéré à partir des stressors objectifs, définis comme des facteurs déclenchants, le stress perçu est lié à l'évaluation qu'en fait chacun en tant que menace ou défi pour lui. C'est donc l'évaluation subjective qui

module la relation entre le contexte stressant et l'état émotionnel et somatique de l'individu. Ainsi, deux individus peuvent évaluer différemment une même situation, un même stressor. Autrement dit, une même situation ne sera pas forcément perçue comme stressante par des individus différents.

Le stress perçu est composé par une dimension évaluative portant non seulement sur la situation, mais aussi sur les ressources disponibles et tendant à faire ressentir à l'individu la discordance existant entre les contraintes de la situation et ses ressources (Sarafino, 1994). Ce qui est stressant, c'est la discordance ressentie entre les ressources existantes et perçues comme insuffisantes et les contraintes de la situation.

Le stress perçu est influencé par deux types de facteurs : les facteurs personnels et les facteurs situationnels. Les facteurs personnels peuvent être cognitifs, motivationnels ou dispositionnels. Ainsi, certains aspects dispositionnels, comme l'affectivité positive ou l'internalité, peuvent-ils tempérer le stress perçu, alors que d'autres, comme l'anxiété ou la dépression, peuvent l'augmenter.

Les facteurs situationnels correspondent à l'imprévisibilité, les situations de transition, l'ambiguïté ou encore l'incontrôlabilité. Ainsi, le fait de croire qu'on n'a aucune prise sur un événement est plus stressant que si l'on pense que la situation est contrôlable.

En dégageant les diverses composantes cognitives et émotionnelles du stress, le modèle transactionnel proposé par Lazarus et Folkman (1984) met l'accent sur le fait que l'évaluation subjective est plus importante que les faits objectifs.

1.2.2 Le modèle de conservation des ressources (Hobfoll, 1988, 1989)

Au cours des trente dernières années, la théorie de conservation des ressources d'Hobfoll (1988, 1989) s'est imposée peu à peu comme une alternative majeure au modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) pour saisir les déterminants du stress perçu.

Le modèle de conservation des ressources est un modèle intégratif du stress, prenant à la fois en compte les facteurs individuels et environnementaux. C'est un modèle explicatif des phénomènes en jeu dans l'apparition du stress et des comportements adoptés face à des situations stressantes.

L'idée de base est que les individus sont motivés pour obtenir, garder et protéger les ressources qu'ils estiment, et que tout événement ayant des conséquences sur leur perte perçue ou réelle produira un état de stress psychologique (Hobfoll, 1988,

1989). Chaque individu cherche à développer ses ressources et à en acquérir de nouvelles, ce qui lui procure un sentiment de bien-être et de satisfaction. Lorsque celles-ci sont atteintes ou menacées, il développe des réactions de stress et tente de réduire les pertes de ressources éventuelles. Le stress psychologique est alors défini comme une réaction face à un environnement dans lequel il existe soit une menace de perte des ressources soit une perte effective des ressources soit encore un manque de gain face à un investissement.

Les ressources constituent l'élément indispensable dans la compréhension des mécanismes de stress. Celles-ci sont définies comme toute chose que les gens estiment et englobent quatre types de ressources : les ressources matérielles (*object resources*), les ressources sociales (*conditions*), les ressources personnelles (*personal characteristics*) et les ressources énergétiques (*energies*).

À cette idée de base, Hobfoll (2001) ajoute deux principes et quatre corollaires :

- Le premier principe concerne la primauté des pertes. Selon Hobfoll, les pertes et les gains ont un impact différent : à proportions égales, les pertes ont un impact plus négatif que les gains n'ont un impact positif. Ainsi, la perte de ressources est associée au stress psychologique et la promesse de gains futurs ne peut compenser adéquatement ni les pertes encourues, ni le stress subi.
- Le second principe concerne l'investissement des ressources : les ressources disponibles doivent être investies et utilisées afin d'en préserver d'autres, de récupérer celles perdues et d'en acquérir de nouvelles.

En lien avec ce second principe, le premier corollaire stipule que les individus bénéficiant de nombreuses ressources sont moins susceptibles de les perdre, mais également plus à même d'en acquérir de nouvelles. Inversement, ceux disposant de peu de ressources sont plus vulnérables face à des pertes éventuelles, et moins capables d'en acquérir de nouvelles.

Les deuxième et troisième corollaires définissent le mécanisme de spirale des pertes et des gains. Selon Hobfoll, pertes et gains de ressources évoluent en spirale. Partant du principe 2 selon lequel les ressources à disposition sont utilisées dans le but d'en préserver d'autres et d'en acquérir de nouvelles, les individus perdant une partie de leurs ressources sont plus susceptibles d'épuiser progressivement leurs ressources restantes à essayer de compenser les pertes occasionnées : des pertes effectives engendreraient ainsi des pertes futures (corollaire 2). En situation de stress extrême (telle que les catastrophes naturelles ou industrielles), les individus qui subissent des pertes effectives disposent de moins de ressources pour faire face aux menaces ou pertes de ressources consécutives (Hobfoll *et al.*, 1996). Ces enchaînements d'événements sont susceptibles d'engendrer un épuisement des

individus et moyens à disposition, ainsi qu'une incapacité à faire face. Le mécanisme identique est à l'œuvre dans la spirale des gains : les individus disposant de nombreuses ressources sont plus enclins à en acquérir de nouvelles, elles-mêmes leur permettant d'en obtenir d'autres... Des gains effectifs engendreraient ainsi des gains futurs. Toutefois, comme les pertes ont la primauté sur les gains, la spirale des pertes est plus rapide et plus intense que celle des gains.

Le quatrième corollaire souligne que les individus manquant de ressources ont tendance à adopter des postures défensives afin de conserver leurs ressources.

Ce modèle a été testé et validé empiriquement tant dans le domaine de la santé (maladies chroniques, impacts des catastrophes naturelles et industrielles...) que dans ses applications dans le monde du travail (motivation, burn-out...), comme l'attestent plusieurs revues de la littérature et méta-analyses récentes (Halbesleben *et al.*, 2014; Holmgreen *et al.*, 2017; Park *et al.*, 2014).

1.3 Le stress professionnel

Le stress au travail est devenu l'une des principales problématiques de santé au travail. Déjà lors de la quatrième enquête de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Parent-Thirion *et al.*, 2007), 22,3 % des salariés européens déclaraient souffrir de problèmes de santé liés au stress d'origine professionnelle. Pour l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, le stress « survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes imposées par son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ». Différents modèles explicatifs du stress professionnels existent ; ils permettent d'appréhender le lien entre environnement de travail et santé. Nous présenterons ici les principaux.

1.3.1 Le modèle « exigences-contrôle » (Karasek, 1979)

Le modèle « exigences-contrôle » (Job Demand-Control Model ; Karasek, 1979) repose sur la notion d'équilibre entre deux dimensions : d'une part les demandes psychologiques ou exigences du travail, et d'autre part la latitude décisionnelle dont le salarié bénéficie, incluant son niveau de contrôle et d'autonomie, ainsi que la possibilité d'exercer ses compétences et l'opportunité de prendre des décisions. Selon Karasek, l'augmentation des exigences du travail ne provoquerait pas directement la détérioration de la santé mentale : ses effets dépendront du niveau de contrôle des salariés. Quatre situations peuvent être distinguées (voir tableau 3.1).

Tableau 3.1 – Types de travail selon les exigences du poste et le niveau de contrôle des salariés.

		Demandes psychologiques	
		Faibles	Élevées
Latitude décisionnelle	Faible	Travail passif État apathique	Travail tendu Tensions et stress
	Élevée	Travail détendu Faibles tensions	Travail très actif, favorisant le développement d'un apprentissage actif et d'un lieu de contrôle interne.

Pour Karasek (1979), une tension et un état de stress peuvent survenir lorsque les exigences du travail sont élevées alors que la latitude décisionnelle est faible. Il s'agit de la situation professionnelle la plus délétère pour la santé, qu'il qualifie de *job strain*.

Quelques années plus tard, ce modèle a été enrichi en y ajoutant une troisième dimension : le soutien social (Job Demand-Control-Support Model; Karasek et Theorell, 1990). Il postule que les travailleurs disposant d'un faible contrôle, d'exigences fortes et d'un faible soutien social présentent le plus grand risque pour la santé mentale et physique.

Bien que très utilisé, ce modèle pêche par sa simplicité et a fait l'objet de différentes critiques en ce sens (Kristensen, 1995).

1.3.2 Le modèle « efforts-récompenses » (Siegrist, 1996)

Le modèle « efforts-récompenses » (Siegrist, 1996) repose sur l'équilibre entre les efforts consentis par le salarié, qu'ils soient intrinsèques ou extrinsèques, et les récompenses attendues en retour. Ces dernières se déclinent sous trois formes : l'argent, la reconnaissance et les opportunités de carrière. Un déséquilibre entre les efforts, les investissements consentis et les bénéfices récupérés peut engendrer tension et stress chez le salarié. Stress et tension seraient alors provoqués par un manque de réciprocité entre efforts et récompenses, dans le sens d'un niveau d'efforts perçu comme plus élevé que le niveau de récompenses obtenu.

1.3.3 Le modèle « Demandes-Ressources au travail » (Demerouti *et al.*, 2001)

Le modèle « Demandes-Ressources au travail » (Job Demands-Resources (JD-R); Bakker et Demerouti, 2007 ; Demerouti *et al.*, 2001) propose un cadre de compréhension pour appréhender la santé et l'engagement au travail à travers la prise en compte d'un ensemble de facteurs organisationnels (Lesener *et al.*, 2019).

D'après ce modèle (fig. 3.1), deux processus seraient à l'œuvre simultanément. Le premier permet d'expliquer la dégradation de l'état de santé des travailleurs : un niveau élevé de demandes au travail conduirait à un état de stress, de tension, ainsi qu'à des problèmes de santé. Les demandes correspondent à tous les aspects du travail qui nécessitent un effort physique ou mental (Demerouti *et al.*, 2001) ; elles peuvent recouvrir la charge de travail physique, mentale ou émotionnelle. Quant au second processus, motivationnel, il postule qu'un niveau élevé de ressources au travail améliorerait motivation et engagement au travail. De plus, le niveau de motivation et d'engagement aurait un impact positif sur les performances, tandis que les tensions au travail auraient un impact négatif (Bakker et Demerouti, 2017). Enfin, demandes et ressources auraient également un rôle modérateur : les ressources atténueraient l'impact des demandes sur l'état de tension, alors que les demandes modéreraient celui des ressources sur la motivation et l'engagement (Bakker *et al.*, 2003c).

Ce modèle présente l'avantage de définir un cadre général dans lequel toutes les demandes et ressources peuvent affecter la santé et le bien-être. Schaufeli et Taris (2014) ont proposé une liste des différentes demandes et ressources qu'il peut englober. Ce modèle est donc un cadre adaptable en fonction des objectifs de l'étude ou de l'intervention à mener.

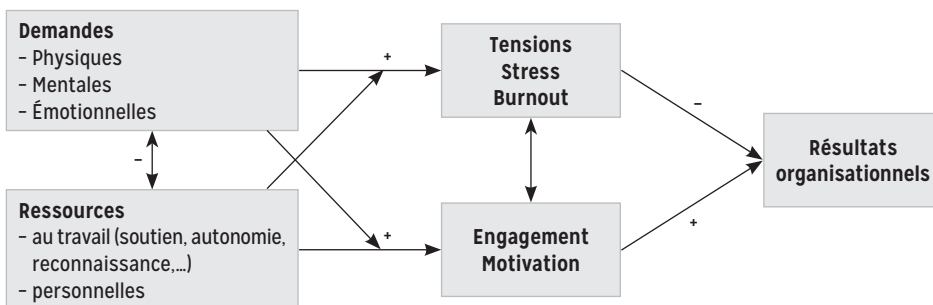


Figure 3.1 – Le modèle « Demandes-Ressources au Travail »
(traduit et adapté de Bakker et Demerouti, 2007)

1.3.4 Les obligations légales des employeurs

Selon le Code du travail, tout employeur est tenu de prendre « les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs » (art. L. 4121-1). Il doit pour cela évaluer les risques qui ne peuvent être évités, les consigner dans le DUERP (document unique d'évaluation des risques professionnels) et proposer des actions de prévention. Les risques psychosociaux, incluant le stress, font partie de cette obligation réglementaire : ils doivent être pris en compte dans l'évaluation et la prévention des risques professionnels.

À la suite au rapport Nasse et Légeron (2008) portant sur le stress au travail, un accord national interprofessionnel¹ (ANI) sur le stress au travail a été signé le 2 juillet 2008 et rendu obligatoire par un arrêté ministériel du 23 avril 2009. Cet ANI propose une définition du stress au travail, des indicateurs pour le dépister le stress au travail ainsi que des pistes de prévention. Il définit ainsi le stress comme survenant « lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. [...] Le stress n'est pas une maladie mais une exposition prolongée au stress peut réduire l'efficacité au travail et peut causer des problèmes de santé ». Précisant également que « l'individu est capable de gérer la pression à court terme mais il éprouve de grandes difficultés face à une exposition prolongée ou répétée à des pressions intenses », cet ANI souligne que c'est le stress chronique qui se révèle particulièrement délétère pour la santé. Enfin, il prend en compte les différences inter- et intra-individuelles face à l'exposition au stress : « Différents individus peuvent réagir de manière différente à des situations similaires et un même individu peut, à différents moments de sa vie, réagir différemment à des situations similaires. »

2. Les mesures du stress

De nombreuses méthodes ont été créées pour mesurer le stress. Le stress étant un concept multidimensionnel, son évaluation peut se faire tant par des indicateurs physiologiques que par des mesures psychologiques (Campbell et Ehlert, 2012 ;

1. http://www.journal-officiel.gouv.fr/publications/bocc/pdf/2009/0002/CCO_20090002_0002_0020.pdf.

Skoluda *et al.*, 2015; Starcke et Brand, 2012). On peut distinguer les mesures du stress objectif, d'une part, et les mesures du stress psychologique, d'autre part.

2.1 Les mesures objectives du stress

Les mesures objectives du stress regroupent d'un côté les données physiologiques, de l'autre les échelles permettant d'appréhender les événements de vie majeurs et mineurs.

2.1.1 Les données physiologiques

Le stress ayant une dimension physiologique, il est possible de l'appréhender par le biais de différentes mesures physiologiques : rythme cardiaque, rythme respiratoire, électroencéphalogramme, taux de cortisol, etc. Les deux indicateurs physiologiques les plus fréquemment utilisés dans la littérature pour appréhender le stress d'un individu sont la fréquence cardiaque (Kreibig, 2010) et le taux de cortisol salivaire (Kirschbaum et Hellhammer, 1989, 1994). Mendes *et al.* (2007) soulignent qu'il est possible de distinguer un stress de défi d'un stress de menace par leur « signature cardiovasculaire ». Ainsi, un stress de défi serait associé à une augmentation du rythme cardiaque et à une baisse de la pression sanguine, alors qu'un stress de menace serait associé à une augmentation de la pression sanguine et un rythme cardiaque soit stable, soit en baisse.

Certaines recherches et revues de la littérature ont permis d'étudier les liens entre indicateurs physiologiques et mesures psychologiques du stress (Campbell et Elhert, 2012; Tom *et al.*, 2017).

2.1.2 Les événements de vie majeurs

L'approche des événements de vie majeurs permet d'évaluer objectivement la fréquence, l'intensité, et la gravité de leurs effets stressants. C'est l'échelle d'événements de Holmes et Rahe (1967, cf. tableau 3.2), basée sur une liste de quarante-trois événements de vie les plus fréquemment rencontrés, qui a été l'une des premières. Quoique beaucoup utilisée de par son application facile, elle a été remplacée par d'autres échelles, telles que l'Inventaire des expériences de vie (Cochrane et Robertson, 1973) qui est une échelle d'auto-évaluation de cinquante-cinq événements, chacun comportant une gravité standard. Elle a été également l'objet de nombreuses critiques (Bruchon-Schweitzer, 2002). Dans cette approche, l'importance du stress serait liée à l'importance vécue de la situation pour la personne. Cela signifie que tout changement majeur n'est pas obligatoirement porteur de stress et ne constitue pas automatiquement un risque pour la santé.

Une étude effectuée sur la base de cette échelle a porté sur deux cents médecins pendant une période de dix ans. Le niveau de stress obtenu sur cette échelle a été comparé à l'apparition ou non d'un problème de santé ou d'une maladie. Les résultats ont permis de distinguer deux groupes suivant l'importance de leur stress : dans le groupe qui a vécu des événements peu stressants, 37 % ont eu des problèmes de santé importants au cours des dix ans ; en revanche, dans le groupe qui a vécu des événements très stressants, 79 % ont connu des problèmes importants de santé (Holmes, 1970).

Après les premiers résultats, les travaux ultérieurs ont abouti à des conclusions différentes signalant notamment une faible corrélation entre événement de vie stressant et maladie ou morbidité (Taylor, 1995). Il est apparu en effet que tous les individus n'ont pas les mêmes réactions face à un événement stressant, un même événement pouvant être tantôt vécu plus ou moins positivement ou plus ou moins négativement, selon la situation, l'état de la personne ou la période de la vie.

C'est pourquoi d'autres recherches ont davantage considéré l'impact psychosocial que celui d'une relation causale. Brown et Harris (1989) ont cherché à évaluer le stress à partir des conditions de vie d'un individu. Ils ont montré qu'un événement objectivement stressant ne devient un réel facteur de stress que dans la mesure où il fragilise l'individu. Ils ont ainsi mis l'accent sur les liens existant entre des événements stressants et les difficultés de vie : un événement est alors un facteur de stress en fonction de la vulnérabilité de cet individu.

Ces résultats tendent à souligner que, d'une part, l'événement stressant n'est pas en soi un facteur causal mais plutôt un facteur amplificateur ou aggravant d'un état de santé plus ou moins fragile et que, d'autre part, ce n'est pas l'événement stressant objectif qui constitue un facteur de stress. C'est l'événement stressant tel qu'il est perçu plus que l'événement en lui-même qui représente un facteur prédictif des problèmes de santé ultérieurs (Adler et Matthews, 1994).

Tableau 3.2 – Échelle d'évaluation de Holmes et Rahe (1967)

Événements	Valeur sur l'échelle d'effet
Mort de l'époux ou de l'épouse	100
Divorce	73
Séparation	65
Période d'emprisonnement	63
Mort d'un membre de la famille immédiate	63
Blessure personnelle ou maladie	53
Mariage	50

Événements	Valeur sur l'échelle d'effet
Congédiement	47
Réconciliation conjugale	45
Début de la retraite	45
Changement dans la santé d'un membre de la famille	44
Grossesse	40
Difficultés sexuelles	39
Arrivée d'un nouveau membre dans la famille	39
Réajustement sur le plan des affaires	39
Changement de la situation financière	38
Mort d'un ami ou d'une amie intime	37
Changement du type de travail	36
Changement dans la fréquence des disputes avec l'époux ou l'épouse	35
Hypothèque élevée	31
Saisie d'une hypothèque ou d'un prêt	30
Changement dans les responsabilités du travail	29
Départ du foyer d'un fils ou d'une fille	29
Difficultés avec les beaux-parents	29
Succès personnel extraordinaire	28
Époux ou épouse commençant à travailler ou cessant de travailler	26
Commencement et fin de la fréquentation de l'école	26
Changement dans les conditions de vie	25
Révision des habitudes personnelles	24
Difficultés avec le patron	23
Changement dans l'horaire ou les conditions de travail	20
Changement de résidence	20
Changement d'école	20
Changement dans les loisirs	19
Changement dans les activités paroissiales	19
Changement dans les activités sociales	19
Hypothèque ou prêt de moins de 10 000 dollars	17
Changement dans les habitudes de sommeil	16
Changement dans le nombre de réunions familiales	15
Changement dans les habitudes alimentaires	15
Vacances	13
Noël	12
Violations mineures de la loi	11

2.1.3 Les événements de vie mineurs

Face aux problèmes méthodologiques rencontrés dans l'évaluation quantitative des événements de vie majeurs, d'autres échelles ont été construites pour mesurer

les événements mineurs liés aux soucis de la vie quotidienne. En effet, les soucis ou tracas de la vie quotidienne constituent autant de problèmes irritants, de petites frustrations et anxiétés qui nécessitent des transactions permanentes de l'individu avec son environnement, et sont une source régulière de stress, aussi dommageable parfois que les événements stressants majeurs (Lazarus et Folkman, 1984). Dans certains cas, les soucis répétés de la vie quotidienne peuvent être la source la plus importante de stress : les embouteillages, les files d'attente, un nombre trop grand de tâches à faire, des relations tendues, etc.

La plus connue de ces mesures est l'Échelle des soucis quotidiens (Kanner et coll., 1981). Elle comprend une liste de cent dix-sept événements quotidiens qui sont regroupés en huit catégories de soucis quotidiens plus ou moins bénins ou sérieux et dont les plus fréquemment rapportés sont : les soucis ménagers, les problèmes de santé, les problèmes de temps, les problèmes d'argent, les soucis professionnels, les difficultés personnelles.

Les sujets doivent indiquer pour chacun de ces soucis sa gravité, ainsi que sa fréquence au cours du mois précédent. Les résultats de l'étude de Kanner et de ses collègues (1981), effectuée sur une période de neuf mois, indiquent une corrélation forte entre tracas de la vie quotidienne et divers symptômes psychologiques. Ces indications montrent que les soucis quotidiens ont une valeur prédictive sur la santé, meilleure que les événements de vie majeurs.

Les mesures centrées sur les événements de vie stressants, qu'ils soient majeurs ou mineurs, ont surtout cherché à établir une relation causale entre gravité, fréquence ou intensité d'un événement de vie et son impact en termes de stress. Elles ont, de la sorte, quantifié un stress objectif qui ne rend pas compte du retentissement particulier d'un événement sur une personne donnée.

Néanmoins, d'autres échelles ont été élaborées dans le but de mesurer les perceptions et les émotions négatives face à des événements, mesurant ainsi leur impact subjectif pour les individus. Elles reposent sur l'idée que dans une situation stressante, l'évaluation qu'on en fait, la manière de la ressentir, sont plus importantes que l'événement en lui-même.

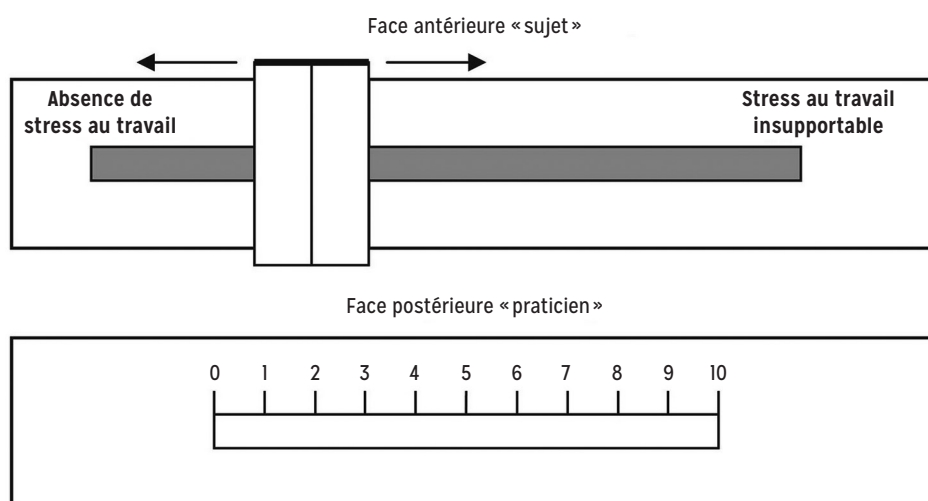
2.2 Les mesures du stress psychologique

Il existe pléthore d'outils permettant d'appréhender le stress psychologique. Nous en présenterons ici quatre parmi les plus fréquemment utilisés et qui abordent le stress de façon différente.

2.2.1 EVA (Échelle visuelle analogique)

Inspirée de l'échelle visuelle analogique évaluant la douleur, l'EVA évaluant le stress (figure 3.2) invite les individus à se positionner sur une ligne non graduée allant du niveau de stress le plus faible au niveau le plus élevé. Au verso de cette réglette, l'évaluateur dispose d'une échelle graduée de 100 mm lui permettant de noter le score de stress estimé par l'individu.

Fréquemment utilisée par les médecins du travail, elle présente l'avantage d'être simple à utiliser (Lesage et Chamoux, 2008).



*Figure 3.2 – L'échelle visuelle analogique évaluant le stress au travail
(source: Lesage et Chamoux, 2008)*

2.2.2 Item unique de mesure des symptômes de stress

L'item unique proposé par Elo et ses collègues (1992) permet d'évaluer le stress en général. La question posée est la suivante :

« Le stress correspond à une situation dans laquelle une personne se sent tendue, agitée, nerveuse ou anxieuse, ou est incapable de dormir la nuit tant son esprit est constamment préoccupé. Avez-vous ressenti ce type de symptômes ces derniers jours ? »

Les individus doivent y répondre en se positionnant sur une échelle de Likert allant de « pas du tout » à « énormément ». Il dispose de bonnes qualités

psychométriques (Elo *et al.*, 2003), en étant notamment corrélé avec d'autres mesures de symptômes psychologiques et de troubles du sommeil.

2.2.3 Stress perçu

L'Échelle de stress perçu (Perceived Stress Scale, PSS; Cohen et coll., 1983) cherche à mesurer une situation stressante à travers la façon dont elle est perçue comme menaçante, imprévisible et non contrôlable. Il existe trois versions différentes de cette échelle; nous retiendrons celle qui comporte quatorze items (voir tableau 3.3). Il s'agit d'une échelle facile à administrer et qui peut être appliquée à des contextes variés. Pour chacun des items, il est demandé d'indiquer sa fréquence sur une période donnée. Cette échelle est appréciée pour ses qualités psychométriques et les résultats obtenus, l'établissement des corrélations significatives avec des symptômes psychologiques et somatiques.

Tableau 3.3 – La Perceived Stress Scale (PSS14) de Cohen et ses collègues (1983) (d'après Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 298-299).

Consigne: Mettre une croix dans la case correspondant à votre réponse: 1 = jamais; 2 = presque jamais; 3 = parfois; 4 = assez souvent; 5 = souvent.

Au cours du dernier mois, combien de fois...	1	2	3	4	5
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 (nerveuse) 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 assumer ? les contrôler ?					

Les items 4, 5, 6, 7, 9, 10 et 13 sont notés en sens inverse.

2.2.4 ICR (Inventaire de conservation des ressources)

L'inventaire de conservation des ressources (Hobfoll, Lilly, Jackson, 1992 ; Hobfoll, Lilly, 1993) est constitué d'un ensemble de 74 ressources : 11 ressources matérielles, 28 ressources sociales, 19 ressources personnelles et 16 ressources énergétiques. Son objectif est d'évaluer la fluctuation de la disponibilité de ces ressources sur une période donnée (par exemple : au cours des six derniers mois) ou depuis un événement spécifique (par exemple : « depuis votre entrée à l'université », « depuis le tremblement de terre... »). Il est important de souligner qu'il ne s'agit pas d'évaluer la disponibilité actuelle de chaque ressource proposée ou la quantité de ressource disponible, mais uniquement d'indiquer les changements éventuels que les individus ont perçus.

La version originale de cette échelle (COR-E : Conservation of Resources–Evaluation) est disponible en téléchargement sur le site de S.E. Hobfoll¹. Elle a été traduite en français par Dodeler et ses collaborateurs (2018) : l'ICR (Inventaire de conservation des ressources) y est disponible en intégralité.

2.3 Les mesures du stress professionnel

Nous présenterons ici les deux questionnaires autorapportés les plus fréquemment utilisés lors d'intervention en santé au travail. Contrairement aux échelles précédentes, ils n'évaluent pas directement le niveau de stress ressenti, mais les facteurs de risques de stress potentiellement présents sur le lieu de travail.

2.3.1 Le Job Content Questionnaire (JCQ) de Karasek

Le JCQ appréhende les facteurs de risque de stress tels que définis dans le modèle « exigences-contrôle » proposé par Karasek (1979), et complété par Karasek

1. <http://www.personal.kent.edu/~shobfoll/Files/COR-E.pdf>.

et Theorell, 1990. Il a été traduit en français par Brisson *et al.* (1998) ainsi que Niedhammer *et al.* (2006). Très connu et utilisé, il comporte 26 items, recouvrant les 3 dimensions théoriques que sont les demandes psychologiques (9 items), la latitude décisionnelle (9 items) et le soutien social (8 items). Pour chaque item, les individus sont invités à se positionner sur une échelle de Likert en 4 points allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». L'intégralité de l'outil ainsi que sa méthode de cotation sont disponibles dans l'article de Guignon *et al.*¹ (2008).

2.3.2 Le questionnaire déséquilibre « efforts-récompenses » de Siegrist

Ce questionnaire appréhende les facteurs de risque de stress tels que définis dans le modèle de Siegrist (1996). Il a été traduit et validé par Niedhammer *et al.* (2000). Souvent utilisé en complément du Job Content Questionnaire de Karasek, il comporte quarante-six items, évaluant trois dimensions : les efforts intrinsèques, les efforts extrinsèques et les récompenses. Une version courte à vingt-trois items est également disponible.

L'intégralité de l'outil ainsi que sa méthode de cotation sont disponibles dans l'article de Niedhammer *et al.* (2000)².

3. Les conséquences du stress

En psychologie de la santé, le stress est considéré comme un facteur de risque. Même si certaines situations stressantes peuvent avoir des effets positifs en nous stimulant et en nous motivant pour vaincre les problèmes, la plupart du temps, elles représentent une menace pour notre bien-être et notre santé. Ainsi, c'est le stress chronique qui présente un danger pour la santé, pouvant engendrer des troubles du sommeil, des troubles de l'humeur, des perturbations cardiovasculaires et métaboliques, ainsi qu'une diminution de l'immunité (Scantamburlo et Scheen, 2012).

Les études portant sur le stress comme facteur de risque pour la santé considèrent tantôt les événements de vie stressants, tantôt le stress perçu. La relation entre stress et maladie a été abordée sous deux angles distincts : il s'agit d'étudier l'impact des événements stressants soit sur le déclenchement de la maladie, soit

1. <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TF%20175>.

2. <https://pdfs.semanticscholar.org/9a6d/11becc419163299a42e1288536b149b12348.pdf>.

sur son évolution. Si l'on admet aujourd'hui l'idée que le stress a une influence sur la maladie, les études montrent pourtant qu'il s'agit de relations complexes dont on est encore loin d'avoir saisi le fonctionnement.

Pour éclairer cette question, nous examinerons successivement la question des relations entre stress et système immunitaire, stress et maladies cardio-vasculaires, et stress et cancer. Nous aborderons pour terminer les conséquences spécifiques au stress professionnel.

3.1 Stress et immunité

Les travaux en psychologie de la santé ont attiré l'attention sur le fait que les modifications psychophysiologiques provoquées par le stress pouvaient altérer le fonctionnement du système immunitaire (Baum et coll., 1982).

Le système immunitaire est un système complexe de protection et de défense de l'organisme qui lui permet de reconnaître et d'éliminer toute substance qui lui est étrangère grâce à la formation de ce qu'on appelle des antigènes. Il comprend deux types de globules blancs appelés lymphocytes, les lymphocytes T et les lymphocytes B. Les premiers, formés dans la moelle épinière, libèrent des anticorps dont la fonction est de résister ; les seconds, formés dans le thymus et dans d'autres organes lymphatiques, attaquent les cellules pathogènes.

Les théories classiques du stress et de l'immunologie avaient considéré le système immunitaire comme fonctionnant de façon autonome, et ont donc développé des modèles explicatifs basés sur un schéma de relation causale. Dans ce sens, le stress peut altérer les réponses du système immunitaire et avoir un retentissement sur l'organisme en diminuant sa résistance aux agents pathogènes et infectieux.

Aujourd'hui, avec les développements de la psycho-neuro-immunologie, le système immunitaire est appréhendé non plus comme une entité autonome, mais à travers un ensemble d'interactions qui en font un système régulé de façon extrinsèque par le système nerveux central et le système endocrinien (Segerstrom et Miller, 2004). Il existe donc tout un réseau d'interdépendances entre le système immunitaire et le système nerveux.

Ce nouvel éclairage apporte également une autre explication sur les relations entre le stress et le système immunitaire : le stress n'est pas considéré comme ayant un impact moindre, mais en raison de ses interactions complexes avec le système immunitaire, il peut affecter son fonctionnement par des voies multiples. En conséquence, la sensibilité du système immunitaire au stress sera déterminée par l'existence de ces multiples interdépendances.

Cela a amené les chercheurs à considérer ces interactions à travers les modalités d'expression d'un ensemble de signaux de communication cellulaire communs aux deux systèmes. Les études menées dans ce domaine montrent que le stress peut, à un titre ou à un autre, affaiblir le système immunitaire et rendre l'organisme vulnérable à des pathologies diverses. Ainsi, selon les résultats d'une étude, le stress est susceptible d'augmenter les risques de diverses infections bénignes comme le rhume ou la grippe (Cohen et Williamson, 1991). De même, le stress peut également agir sur des comportements immunomodulateurs : le stress chronique a des impacts sur le manque de sommeil, la consommation de substances (tabac, alcool, café, etc.), une mauvaise alimentation, etc., comportements connus pour avoir une influence sur l'immunité (Kiecolt-Glaser, 1988). Il peut aussi être impliqué dans le développement et l'évolution de certaines maladies auto-immunes, telles que la polyarthrite rhumatoïde par exemple (Delevaux *et al.*, 2013). Dans leur méta-analyse, Segerstrom et Miller (2004) soulignent que, plus le stress devient chronique, plus les impacts sur le système immunitaire sont importants.

Mais les réponses immunes sont elles-mêmes modulées par la nature, l'intensité et la durée du stress. Pour l'illustrer, nous présenterons l'impact de trois formes de stress sur le système immunitaire.

La première forme, ce sont les événements stressants. Comme nous l'avons déjà souligné, de nombreux travaux ont relevé l'affaiblissement du système immunitaire causé par divers événements de vie.

Après la mort de leur femme décédée des suites d'un cancer, on a observé chez les conjoints survivants, dans les semaines suivantes, une diminution des lymphocytes par rapport aux valeurs observées auparavant (Schleifer et coll., 1983). D'autres recherches, s'intéressant à des étudiants en période d'examen, ont mis en évidence que leur résistance immunitaire contre les maladies avait diminué; au cours de l'une de ces expériences, on a également observé que le stress de l'examen avait tendance à accroître la sévérité des symptômes chez des étudiants qui avaient le rhume ou une autre infection bénigne.

Une deuxième forme d'expression de la relation stress/immunité peut être illustrée par l'impact à long terme sur le système immunitaire des états émotionnels consécutifs à un stress.

Au cours d'une recherche effectuée sur des étudiants et portant sur la relation entre réponse émotionnelle et valeur des anticorps contre le virus responsable de la mononucléose infectieuse, on leur a demandé de remplir un questionnaire sur leur style émotionnel et de relater par écrit un événement particulièrement marquant de leur vie. Ce document avait pour but d'évaluer leur capacité à exprimer ou non leurs

émotions. À la fin de l'épreuve, on leur a fait une prise de sang. D'après les résultats, ceux qui avaient tendance à réprimer leurs émotions avaient des anticorps élevés, indépendamment de leur type d'expression émotionnelle dans le document. En s'appuyant sur le fait que les anticorps sont les indicateurs de la défaillance des réponses immunitaires, cette étude a permis de montrer que ceux qui sont conscients de leur état émotionnel face aux événements, mais qui ne l'extériorisent pas, sont plus vulnérables à l'infection que les autres (Esterling et Rabin, 1987).

Ces résultats s'accordent avec d'autres portant sur l'impact de la répression émotionnelle liée au stress sur l'état de santé – c'est la troisième forme. Ainsi, quand la souffrance est exprimée, le taux de cortisol est élevé, modérant ainsi le processus inflammatoire par son action anti-inflammatoire; en revanche, quand la souffrance n'est pas exprimée, le taux de cortisol est bas, ce qui a tendance à augmenter le processus inflammatoire (Davezies, 2008).

À travers ces recherches, il apparaît tout d'abord que le stress peut altérer le système immunitaire et l'affaiblir en rendant l'organisme moins résistant et donc plus vulnérable aux infections et à l'apparition de tumeurs. Ensuite, les travaux, issus notamment des orientations psycho-neuro-immunologiques, démontrent les effets du stress sur les diverses composantes du système immunitaire qui jouent dans le déclenchement d'une maladie, par exemple.

3.2 Stress et maladie

3.2.1 Stress et maladies cardiovasculaires

Les effets du stress sur la maladie sont étudiés tantôt comme déclencheurs, tantôt comme amplificateurs de diverses pathologies. Les maladies cardiovasculaires ont été particulièrement abordées sous l'angle du stress.

Aujourd'hui, les maladies cardiovasculaires sont devenues l'une des premières causes de mortalité dans les pays industrialisés. Parmi les nombreux facteurs de risque des maladies cardiaques (tabac, obésité, hypertension artérielle), le stress joue un rôle essentiel et spécifique.

La notion de stress revêt ici un contenu différent de celui lié aux événements de vie; il s'agit d'un stress psychologique, généralement associé à des émotions négatives, comme l'hostilité. Ce sont les travaux de Friedman et Rosenman (1974) qui ont mis en évidence le fait que le stress peut être un prédicteur de l'infarctus cardiaque. Considéré dans les premières études comme une composante de l'expression « excitée » du profil de personnalité de type A, prêt à la compétition, impatient, en colère et agressif, le stress a été interprété dans les recherches

ultérieures comme l'une des composantes toxiques du profil de personnalité de type A, directement associée à l'hostilité sous ses deux formes : la propension à l'hostilité et la colère rentrée. Un grand nombre d'études ont conclu à une association directe entre hostilité et pathologie cardiovasculaire, et hostilité et mortalité dans cette même pathologie.

Ainsi une étude effectuée sur une durée de vingt-cinq ans a montré une probabilité de mourir vers 40 ans, cinq fois plus élevée chez les hommes qui avaient tendance à être hostiles et cyniques, que chez ceux qui étaient plus confiants et plus paisibles (Williams, 1993).

Le rôle prédictif joué par le stress dans les maladies cardiovasculaires a progressivement remis en cause l'impact du profil de personnalité de type A dans sa globalité, pour se centrer sur l'impact spécifique de certaines caractéristiques psychologiques liées au stress. Il apparaît ainsi que le stress peut accentuer le risque cardiovasculaire chez des individus présentant ces caractéristiques.

Dans le domaine professionnel, différentes études ont pu établir un lien entre le stress au travail et le développement de problèmes cardiovasculaires (Backé *et al.*, 2012 ; Schnall *et al.*, 2017), notamment l'augmentation de la tension artérielle (Gilbert-Ouimet *et al.*, 2014) et l'apparition d'un infarctus du myocarde (Rosengren *et al.*, 2004). Une méta-analyse réalisée sur treize cohortes européennes, incluant 197 473 personnes, conclut que les salariés exposés à des facteurs de stress au travail ont une probabilité supérieure de 23 % de développer une maladie cardiovasculaire (Kiwimäki *et al.*, 2012).

3.2.2 Stress et cancer

Les relations entre stress et cancer font l'objet de nombreuses études, débats et controverses. Nous retiendrons deux aspects : d'une part, le stress et la carcinogénèse, d'autre part, le stress et l'évolution du cancer.

Ce sont essentiellement les études empiriques, les observations de terrain et les approches cliniques qui établissent une relation entre des événements de vie stressants et la survenue d'un cancer. Plusieurs études suggèrent ainsi une vulnérabilité plus grande au cancer chez des personnes qui ont perdu un être cher ou qui ont connu un grand désespoir, l'année précédente. On a également observé que des veufs, des personnes séparées ou divorcées sont plus que d'autres susceptibles d'être atteintes d'un cancer. Une analyse de soixante-quinze recherches portant sur le rôle de différents facteurs dans le développement d'un cancer souligne que c'est le stress provoqué par la perte d'une relation affective essentielle qui est le meilleur facteur prédictif de la survenue des cancers (Leshan, 1959).

Un nombre important d'études a porté sur la relation entre l'apparition d'un cancer du sein et des événements de vie stressants vécus antérieurement. Les résultats présentés par ces différents travaux sont contradictoires : les uns n'observent aucun lien entre un événement stressant majeur et la survenue du cancer du sein (Petticrew et coll., 1999), alors que d'autres études comparatives aboutissent à la conclusion que ce sont les femmes ayant vécu antérieurement le plus d'événements stressants qui ont été atteintes d'un cancer du sein (Lillberg *et al.*, 2003 ; Kruk et Aboul-Enein, 2004) ; celles qui en avaient subi moins n'avaient que des tumeurs bénignes (Priestman et coll., 1985).

L'absence de mise en évidence d'une relation directement établie entre stress et cancer dans divers travaux ne signifie pas pour autant que le stress n'aurait aucun poids par rapport à la survenue d'un cancer. Il constitue autant un facteur de risque dans ces cas, même si les études en question ne permettent pas d'établir à l'heure actuelle des corrélations directement mesurables entre diverses composantes du stress et le développement des cancers.

Les études portant sur l'impact du stress sur l'évolution du cancer tendent à établir une relation significative entre événement stressant et évolution défavorable du cancer. Cousson-Gélie (2001) a réalisé une synthèse des résultats des recherches qui ont étudié les relations entre événements stressants et évolution du cancer du sein.

À travers ces indications, les relations entre stress et cancer apparaissent non seulement complexes mais encore peu élucidées. Actuellement, aucun consensus ne se dégage concernant les liens entre stress et cancer (Johansen *et al.*, 2017). Si certains événements de vie stressants, tels le deuil ou la séparation, apparaissent comme des facteurs de risque susceptibles de déclencher un cancer, on n'observe pas de relation dans tous les cas. C'est la façon de réagir, de ressentir la situation, propre à chacun, qui permet de mesurer le retentissement ultérieur sur sa santé.

3.3 Conséquences du stress professionnel

Outre les éléments dans les parties précédentes, le stress professionnel peut avoir des conséquences spécifiques, tant pour les salariés que pour les entreprises.

3.3.1 Conséquences pour les salariés

Pour les salariés, l'exposition prolongée à un environnement professionnel stressant va se traduire par l'apparition d'un ensemble de symptômes physiques (douleurs, troubles du sommeil, troubles digestifs, sueurs...), émotionnels

(irritabilité, hypersensibilité, crise de larmes, angoisse, tristesse...), cognitifs (problèmes de concentration et de mémoire, difficultés à prendre des décisions et à résoudre des problèmes...) et comportementaux (modification des conduites alimentaires, apparition de comportements violents, isolement social, consommation de produits tels que tabac, alcool, anxiolytiques, somnifères...).

Outre les éléments présentés dans les parties précédentes (stress et immunité; stress et maladie), une exposition prolongée à des situations professionnelles stressantes peut engendrer certaines pathologies spécifiquement liées au travail. Nous en évoquerons deux : le burn-out et le *karoshi*.

La première est le burn-out, ou épuisement professionnel. Dans la CIM-11, le burn-out est défini comme « résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré ». Trois dimensions le caractérisent : un sentiment de manque d'énergie ou d'épuisement, un retrait vis-à-vis du travail ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés au travail, ainsi qu'une perte d'efficacité professionnelle :

« Ce terme de burn-out ou d'épuisement professionnel désigne spécifiquement des phénomènes relatifs au contexte professionnel et ne doit pas être utilisé pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie. »

Cette définition est conforme à la conception théorique la plus fréquemment utilisée pour appréhender le burn-out, à savoir celle de Maslach et Jackson (1981). Le burn-out y est défini comme tridimensionnel. La première dimension est l'épuisement émotionnel : l'individu se sent émotionnellement vidé. Il ne s'agit pas ici de fatigue physique ou mentale, mais d'un épuisement sur le plan émotionnel. La deuxième dimension correspond à une dépersonnalisation : l'individu développe des attitudes et comportements froids, déshumanisants et cyniques envers les usagers. Enfin, la troisième et dernière dimension correspond à une diminution de l'accomplissement personnel au travail.

D'autres conceptions du burn-out existent, certaines mettant notamment plus l'accent sur la dimension de l'épuisement tant émotionnel que physique et mental (Truchot, 2004).

La seconde conséquence que nous évoquerons est le *karoshi*. Il s'agit d'un terme médical apparu au Japon, qui désigne la mort par excès de travail, par surmenage (Hosokawa *et al.*, 1982). Le diagnostic est établi selon des règles précises, prenant en compte le nombre d'heures supplémentaires réalisées le mois avant le décès. Ainsi, en cas de suicide, il faut en avoir réalisé 160, alors qu'en cas de décès suite

à un accident cardio-vasculaire, 100 suffisent pour être reconnu comme maladie professionnelle (Murakami, 2018).

Les principales causes médicales de décès par *karoshi* sont les crises cardiaques et les attaques cérébrales dues au stress (Nishiyama et Johnson, 1997). Lin (1996, 1997, 2003) a identifié deux facteurs de risques associés au Karoshi : un temps de travail trop important ainsi qu'un excès de stress au travail. Travailler plus de 50 heures par semaine augmenterait significativement le risque de développer une maladie cardiovasculaire (Schnall *et al.*, 2017) et augmenterait de 29 % le risque d'hypertension artérielle par rapport aux individus travaillant moins de 39 heures par semaine (Yang *et al.*, 2006). Cette mort par excès de travail peut toucher des individus jeunes, ne présentant aucun problème de santé.

3.3.2 Conséquences pour les entreprises

Le stress chronique peut également avoir des répercussions négatives sur le fonctionnement organisationnel et économique de l'entreprise. Selon l'INRS, dans les entreprises où le niveau de stress est élevé, on constate un taux important d'absentéisme et de turn-over, des difficultés à recruter, une recrudescence des accidents du travail, une démotivation des salariés, une dégradation de la qualité du travail et de la productivité, ainsi qu'une dégradation du climat social et de l'image de l'entreprise.

Prévenir le stress au travail en agissant sur les facteurs de risque présente donc des bénéfices tant pour les salariés que pour les employeurs.

Conclusion

La psychologie de la santé s'intéresse au rôle joué par le stress sur la santé et la maladie.

Nous avons présenté les principales conceptions des notions de stress et stress professionnel, et montré comment le stress peut affecter la santé des individus. Le stress entretient avec la maladie des liens assez étroits.

CONCEPTS CLÉS

- ⇒ **Stresseur**: événement qui va déclencher une réaction de stress.
- ⇒ **Syndrome général d'adaptation**: ensemble de réactions non spécifiques de l'organisme à toute demande d'adaptation qui lui est faite.
- ⇒ **Stress perçu**: manière de ressentir un événement stressant qui se traduit par une évaluation négative de la situation.
- ⇒ **Stress ponctuel**: réaction de stress de courte durée, liée à une exposition de courte durée à un stresseur, et suivie d'une phase de récupération
- ⇒ **Stress chronique**: réaction de stress qui s'installe dans la durée, suite à soit une exposition prolongée à un ou plusieurs stresseurs, soit à une succession d'expositions de courte durée à des stresseurs sans possibilité de récupération.
- ⇒ **Burn-out**: épuisement professionnel lié à une usure physique, émotionnelle et mentale, consécutif à une exposition répétée à des situations générant du stress professionnel.

Lectures conseillées

- | | |
|--|---|
| DANTZER, R. et GOODALL, G. (1994). Psychologie du stress. In M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer, <i>Introduction à la psychologie de la santé</i> , Paris: PUF, p. 155-182. | QUINTARD, B. (2001). Le concept de stress et ses méthodes d'évaluation. <i>Recherche en soins infirmiers</i> , 67, 46-67. |
| GUILLET, L. (2012). <i>Le stress</i> . Bruxelles: De Boeck. | SELYE, H. (1956). <i>Le Stress de la vie</i> , Paris: Gallimard. |
| LEGERON, P. (2003). <i>Le stress au travail</i> . Paris: Odile Jacob. | TRUCHOT, D. (2004). <i>L'épuisement professionnel: concepts, modèles, interventions</i> . Paris: Dunod. |

Bibliographie

- | | |
|--|---|
| ADLER, N., MATTHEWS, K. (1994). Health psychology: Why do some people get sick and some stay well? <i>Annual Review of Psychology</i> , 45, 229-259. | BAKKER, A.B. et DEMEROUTI, E. (2017). Job Demands - Resources Theory: Taking Stock and Looking Forward. <i>Journal of Occupational Health Psychology</i> , 22 (3), 273-285. |
| BAKKER, A.B. et DEMEROUTI, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. <i>Journal of Managerial Psychology</i> , 22 (3), 309-328. | BAKKER, A.B., DEMEROUTI, E., TARIS, T., SCHAUFELI, W.B., SCHREURS, P. (2003c). A multi-group analysis of the Job Demands-Resources model in four home care organizations. |

- International Journal of Stress Management*, 10, 16-38.
- BAUM A., GRUNBERG N.E., SINGER J.E. (1992). The use of psychological and neuroendocrinological measurements in the study of stress. *Health Psychology*, 1, 217-236.
- BRISSON, C., BLANCHETTE, C., GUIMONT, C., DION, G., MOISAN, J., et VEZINA, M. (1998). Reliability and validity of the French version of the of the 18-item Karasek Job Content Questionnaire. *Work et Stress*, 12 (4), 322-336.
- BROWN, G., HARRIS, T. (1989). *Life events and illness*. New York, Guilford.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris, Dunod.
- CAMPBELL, J., et EHLERT, U. (2012). Acute psychosocial stress: Does the emotional stress response correspond with physiological responses? *Psychoneuroendocrinology*, 37, 1111-1134.
- CANNON, W.B. (1927). The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory. *American Journal of Psychology*, 39, 106-124.
- COCHRANE, C., ROBERTSON, A. (1973). The life-events inventory: A measure of the relative severity of psychosocial stressors. *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 135-139.
- COHEN S., KAMARCK T., MERMELSTEIN R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- COHEN S., WILLIAMSON G.M. (1991). Stress and infections disease in humans. *Psychological Bulletin*, 109, 5-24.
- COUSSON-GELIE F. (2001). Rôle des facteurs psychosociaux dans la genèse et l'évolution des cancers du sein. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (dir.), *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris: Dunod, p. 47-73.
- DAVEZIES, P. (2008). Médecine: le stress, un phénomène biochimique. Stress et pouvoir d'agir: données biologiques. *Santé et Travail*, 64.
- DELEVAUX, I., CHAMOIX, A., AUMAÎTRE, O. (2013). Stress et auto-immunité. *La revue de médecine interne*, 34, 487-492.
- DEMEROUTI, E., BAKKER, A.B., NACHREINER, F., SCHAUFELI, W.B. (2001). The job demands-resources model of burn-out. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 499-512.
- DODELER, V., LANFRANCHI, J.B., MABIRE, C., HOUBRE, B. et HOBFOILL, S.E. (2018). Proposition d'une version française de l'inventaire de Conservation des Ressources (ICR). *Bulletin de Psychologie*, 557(5), 807-822.
- ELO, A.L., LAPPANEN, A., JAHKOLA, A. (2003). Validity of a single-item measure of stress symptoms. *Scandinavian Journal of Work, Environment et Health*, 29 (6), 444-451.
- ELO, A.L., LAPPANEN, A., LINDSTROM, K., ROPPONEN, T. (1992). OSQ. *Occupational stress questionnaire: user's instructions*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health. Review, 19.
- ESTERLING B., RABIN B.S. (1987). Stress-induced alteration of T-lymphocyte subsets and humoral immunity in mice. *Behavioral Neurosciences*, 101 (1), 115-119.
- FRIEDMAN M., ROSENMAN R.H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Harper and Row.
- GILBERT-QUIMET, M., TRUDEL, X., BRISSON, C., MILOT, A., VÉZINA, M. (2014). Adverse effects of psychosocial work factors on blood pressure: systematic review of studies on demand - control - support and effort - reward imbalance models. *Scandinavian Journal of Work, Environment, and Health*, 40 (2), 109-132.
- GUIGNON, N., NIEDHAMMER, I., SANDRET, N. (2008). Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek

- dans l'enquête Sumer 2003. *Document pour le Médecin du Travail*, 115, 389-398, INRS tf175.
- HALBESLEBEN, J.R.B., NEVEU, J.P., PAUSTIAN-UNDERDAHL, S.C., WESTMAN, M. (2014). Getting to the « COR » Understanding the role of resources in conservation of resources theory. *Journal of Management*, 40 (5), 1334-1364.
- HOBFOLL, S.E. (1988). *The ecology of stress*. Washington DC: Hemisphere.
- HOBFOLL, S.E. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44 (3), 513-524.
- HOBFOLL, S.E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, 50 (3), 337-421.
- HOBFOLL, S.E., FREEDY, J.R., GREEN, B.L. et SOLOMON, S. (1996). Coping in reaction to extreme stress: The roles of resource loss and resource availability. In N.S. Endler et M. Zeidner (eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*. Oxford, England: John Wiley et Sons.
- HOBFOLL, S.E., LILLY, R.S. (1993). Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology*, 21, 128-148.
- HOBFOLL, S.E., LILLY, R.S., JACKSON, A.P. (1992). Conservation of social resources and the self, In H. Veiel et U. Baumann (eds.), *The meaning and measurement of social support*. Washington DC: Hemisphere Publishing Corp, p. 125-141.
- HOLMES, T.H. (1970). *Psychologic screening in football injuries: Papers presented at a workshop*. Washington DC: National Academy of Sciences.
- HOLMES, T.H., RAHE, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- HOLMGREEN, L., TIRONE, V., GERHART, J., HOBFOLL, S.E. (2017). Conservation of resources theory: Resources caravans and passageways in health contexts. In C.L. Cooper et J.C. Quick (eds.), *The Handbook of stress and health: A guide to research and practice*. John Wiley et Sons, p. 443-460.
- HOSOKAWA, M., TAJIRI, S. et UEHATA, T. (1982). *Karoshi: Approval of cerebral and cardiovascular diseases as occupational disease and how to prevent them*. Tokyo: Rodo Keizaisha.
- JOHANSEN, C., SØRENSEN, I.K., HOEG, B.L., BIDSTRUP, P.E., DALTON, S.O. (2017). Stress and cancer. In C.L. Cooper et J.C. Quick (eds.), *The Handbook of stress and health: a guide to research and practice*. John Wiley et Sons, p. 125-134.
- KANNER A.D., COYNE J.C., SCHAEFFER C., 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.
- KARASEK R., THEORELL T. (1990). *Healthy Work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- KARASEK, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implication for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- KIECOLT-GLASER, J.K. (1988). Methodological issues in behavioral immunology research with human. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2, 67-78.
- KIRSCHBAUM, C., et HELLHAMMER, D.H. (1989). Salivary cortisol in psychobiological research: An overview. *Neuropsychobiology*, 22 (3), 150-169.
- KIRSCHBAUM, C., et HELLHAMMER, D.H. (1994). Salivary cortisol in psychoneuroendocrine research: Recent developments and applications. *Psychoneuroendocrinology*, 19 (4), 313-333.

- KIWIMÄKI, M., NYBERG, S.T., BATTY, G.D., FRANSSON, E.I., HEIKKILÄ, K., ALFREDSSON, L., et IPD-Work CONSORTIUM (2012). Job strain as a risk factor for coronary heart disease: A collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet*, 380, 1491-1497.
- KREIBIG, S.D. (2010). Autonomic nervous system activity in emotion: A review. *Biological Psychology*, 84, 394-421.
- KRISTENSEN T.S. (1995). The Demand-control-support Model: Methodological challenges for future research. *Stress Medecine*, 11, 17-26.
- KRUK, J. et ABOUL-EINEIN, H. (2004). Psychological stress and the risk of breast cancer: a case-control study. *Cancer Detection and Prevention*, 28, 399-408.
- LAZARUS, R.S. et FOLKMAN, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- LESAGE, F.X. et CHAMOUX, A. (2008). Utilisation de l'échelle visuelle analogique (EVA) dans l'évaluation du stress au travail: limites et perspectives. *Revue de la littérature. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 69 (5-6), 667-671.
- LESENER, T., GUSY, B., WOLTER, C. (2019). The job demands-resources model: a meta-analytic review of longitudinal studies. *Work et Stress*, 33 (1), 76-103.
- LESHAN L. (1959). Psychological states as factors in the development of malignant diseases: A critical review. *Journal of National Cancer Institute*, 22, 1-18.
- LILLBERG, K., VERKASALO, P.K., KAPRIO, J. et al. (2003). Stressful life events and risk of breast cancer in 10808 women: a cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 157, 415-423.
- LIN, J.S. (1996). Karoshi in Japan. Part 1: Preliminary exploration. *J Taichung Institute of Business*, 28.
- LIN, J.S. (1997). Karoshi in Japan. Part 2: Management of Karoshi and corporate responsibility. *J Taichung Institute of Business*, 29.
- LIN, J.S. (2003). Japanese industry and business development and Karoshi. *Bulletin of Labour Research*, 14, 1-39.
- MASLACH, C., JACKSON, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory* (Human Service Survey). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- MENDES, W.B., BLASCOVICH, J., HUNTER, S.B., LICKEL, B. et JOST, J.T. (2007). Threatened by the unexpected: Physiological responses during social interactions with expectancy violating partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 698-716.
- MURAKAMI, K. (2018). *Death from overwork still leaving its stamp on corporate life*. Asahi Shimbun, Tokyo, 20 juillet 2018.
- NASSE, P., LÉGERON, P. (2018). Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. Rapport remis à Xavier Bertrand, Ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité le 12 mars 2008.
- NIEDHAMMER, I., CHASTANG, J.F., GENDREY, L., DAVID, S., et DEGIOANNI, S. (2006). Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « Job Content Questionnaire » de Karasek: résultats de l'enquête nationale SUMER. *Santé Publique*, 18 (3), 413-427.
- NIEDHAMMER, I., SIEGRIST, J., LANDRE, M.F., GOLDBERG, M., LECLERC, A. (2000). Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 48, 419-437.
- NISHIYAMA, K. et JOHNSON, J.V. (1997). Karoshi-death from overwork: occupational health consequences of Japanese production management. *The International Journal of Health Services*, 27, 625-641.

- PARENT-THIRION, A., FERNANDEZ MACIAS, E., HURLEY, J. et VERMEYLEN, G. (2007). *Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.*
- PARK, H.I., JACOB, A.C., WAGNER, S.H., BAIDEN, M. (2014). Job control and burn-out: A meta-analytic test of the conservation of resources model. *Applied Psychology: An International Review*, 63 (4), 607-642.
- PETTICREW M., FRAZER J.M., REGAN M.F. (1999). Adverse life-events and risk of breast cancer: A meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 4, 1-17.
- PRIESTMAN T.M., PRIESTMAN S.G., BRADSHAW C. (1985). Stress and breast cancer. *British Journal of Cancer*, 51, 493-498.
- ROSENGREN, A., HAWKEN, S., OUNPUU, S. et al. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364, 953-962.
- SARAFINO, E.P. (1994). *Health Psychology*. New York: Wiley.
- SCANTAMBURLO, G. et SCHEEN, A.J. (2012). Rôle du stress psychosocial dans les maladies complexes. *Revue Médicale de Liège*, 67 (5-6), 234-242.
- SCHAUFELI, W.B. et TARIS, T.W. (2014). A critical review of the job demands-resources model: implications for improving work and health. In G.F. Bauer et O. Hämmig, *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach*. Springer, ch. 4, p. 43-68.
- SCHLEIFER S.J., KELLER S.E., CAMERINO M. THORNTON J.C., STEIN M. (1983). Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. *Journal of the American Medical Association*, 250 (3), 374-377.
- SCHNALL, P.L., DOBSON, M., LANDSBERGIS, P. (2017). Work, stress, and cardiovascular disease. In C.L. Cooper et J.C. Quick (eds.), *The Handbook of stress and health: a guide to research and practice*. John Wiley et Sons, p. 99-124.
- SEGERSTROM, S.C. et MILLER, G.E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130 (4), 601-630.
- SELVE, H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology*, 6, 117-230.
- SELVE, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw Hill (trad. fr.: *Le Stress de la vie*, Paris: Gallimard, 1962).
- SELVE, H. (1974). *Le stress sans détresse*. Montréal: Éditions La Presse.
- SIEGRIST, J. (1996). Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-43.
- SKOLUDA, N., SRAHLER, J., SCHLOTZ, W., NIEDERBERGER, L., MARQUES, S., FISCHER, S., THOMA, M.V., SPOERRI, C., EHLERT, U., et NATER, U.M. (2015). Intra-individual psychological and physiological responses to acute laboratory stressors of different intensity. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 227-236.
- STARCKE, K. et BRAND, M. (2012). Decision making under stress: A selective review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36, 1228-1248.
- TAYLOR, S.E. (1995). *Health Psychology*. New York: Random House, 4^e édition.
- TOM, A., FLEURY, S., DODELER, V., ERHEL, S., JAMET, E. et ROUXEL, G. (2017). Effect of acute stress on physiological and psychological responses in a virtual environment: in search of correlates. *13th International Conference on Psychology and Behavioural Sciences (ICPBS)*, Lisbonne, Portugal, 24-25 mai.

- TRUCHOT, D. (2004). *L'épuisement professionnel : concepts, modèles, interventions*. Paris : Dunod.
- WILLIAMS R. (1993). *Anger Kills*. New York : Times Books.
- YANG, H., SCHNALL, P., JAUREGUI, M., SU, T., BAKER, D. (2006). Work hours and self-reported hypertension among working people in California. *Hypertension*, 48, 744-750.



Chapitre 4

Adaptation et coping



Sommaire

1. Réflexions autour de la question de l'adaptation.....	107
2. Le coping.....	109
3. Les mécanismes de défense.....	123
4. Conceptions complémentaires de l'adaptation	127
Conclusion.....	136
Lectures conseillées	138
Bibliographie	139

L'adaptation... nous voilà ici confrontés à un concept qui, bien au-delà du domaine de la santé parcourt à vrai dire toutes les disciplines, ce qui le rend d'autant plus difficile à circonscrire. En psychologie, le concept d'adaptation est presque aussi ancien que la discipline elle-même, alors que le processus, lui, a au minimum l'âge de l'humanité ou de l'apparition de la vie sur la terre. En biologie, la notion renvoie à l'ensemble des ajustements réalisés par un organisme pour survivre dans un environnement physique donné. En psychologie, l'accent est davantage mis sur la modification des conduites qui visent à assurer l'équilibre entre un organisme et ses milieux de vie, ainsi que les processus qui sous-tendent ces modifications.

Dans le langage courant, le terme d'adaptation couvre une variété de processus des plus évidents (transformation, changement, aménagement), jusqu'aux plus complexes (flexibilité, souplesse, élasticité, malléabilité) (Dalmese et Tarquinio, 2012). Si tout le monde peut comprendre ce qu'il en est, en réalité sa compréhension, notamment sur le plan psychologique pose problème. Le détour par l'étymologie suggère précisément une double visée. « Adapter » vient du latin *apere/aptare* qui signifie « joindre » – *aptus* : « (bien) attaché » ; joint au préfixe *ad-*, il ajoute l'idée de but ou de visée si bien que la notion d'adaptation désigne « l'état d'un être vivant du point de vue des rapports plus ou moins adéquats au milieu que lui autorise son organisation interne et le processus qui permet d'atteindre cette adaptation » (*Encyclopædia universalis*, articles « Adaptation »).

On pourra rapidement s'entendre sur le fait que l'adaptation correspond à un équilibre et à la façon dont cet équilibre s'établit et se fait entre les actions de l'organisme sur le milieu ; mais aussi entre les actions du milieu sur l'organisme. Lorsque l'individu agit sur le milieu, il se modifie et en retour lorsque le milieu se transforme, il impacte l'individu, qui par nécessité se modifie aussi. On est ainsi confronté à un processus dynamique de changement qui mobilise les capacités d'un individu à réagir aux stimulations externes et/ou internes, aux contraintes et aux conflits, en cherchant à réduire ou à éliminer leurs conséquences défavorables par des ajustements divers. Sa finalité est de survivre et de créer un nouvel équilibre compatible avec cette survie. En psychologie de la santé, cette notion est intimement liée au concept de coping qui désigne un mécanisme d'ajustement défini essentiellement comme une manière de gérer les perturbations occasionnées par les situations et événements stressants, ainsi que par ce qu'impose aux personnes la maladie, en développant des moyens cognitifs et émotionnels susceptibles de contrôler ou de diminuer les effets négatifs des situations auxquelles l'individu est confronté. *Coping* est un terme anglais qui veut dire « faire face à » ; il est traduit en français par « ajustement » dans de nombreux travaux en psychologie de la santé. On distingue ainsi dans le coping diverses modalités d'action selon qu'elles sont

centrées sur les actions à entreprendre pour agir sur la situation, ou selon qu'elles sont centrées sur la gestion des états émotionnels déclenchés par la situation.

Dans ce chapitre nous présenterons les principales notions relatives à la problématique de l'adaptation. Ces dernières trouvent de près ou de loin un champ d'expression en psychologie de la santé. Après une mise en perspective de la question de l'adaptation, ce chapitre abordera le concept de coping ainsi que ces aspects les plus importants. À côté des approches scientifiques centrées sur l'adaptation et le coping se sont développées un certain nombre de conceptions complémentaires, pour certaines classiques comme les mécanismes de défense, pour d'autres plus récentes comme la résilience, le développement post-traumatique ou le changement de valeurs. Après leur présentation successive nous dégagerons leurs principales caractéristiques, ainsi que leur apport à la question de l'adaptation et du coping. Enfin, dans une troisième partie nous ouvrirons un peu plus le spectre de ce que peut recouvrir l'adaptation en psychologie de la santé. En effet, nous sommes convaincus que les processus adaptatifs sont loin d'être univoques et mobilisés quels que soient les épisodes de vie qui s'imposent au sujet. Rien de commun – sinon la terminologie utilisée – entre l'adaptation nécessaire au stress d'un examen ou de la vie moderne et ce qu'impose la survenue de la maladie, qui plus est une maladie grave comme le cancer. Il convient en effet ici de faire la différence non seulement entre les maladies qui peuvent ou non convoquer la question du mourir, mais également les phases de ces maladies qui peuvent être plus ou moins éprouvantes. C'est dans ce cadre que nous présenterons la problématique de la résilience qui rencontre un succès certain, bien au-delà de la psychologie d'ailleurs, mais qui peine à faire sa place en psychologie de la santé, alors même que ses apports sur le plan théorique et clinique peuvent être utiles.

To cope en anglais est souvent traduit comme « faire face ». Mais une telle expression signifie aussi « se débrouiller », « s'en sortir ». La terminologie anglaise fixe finalement assez clairement les limites de ce qu'est le coping et de ce qu'il n'est pas. Il nous est en effet possible dans certaines situations de composer avec la réalité, de s'en accommoder, voire de « se débrouiller » avec ce qui est disponible. C'est sans doute dans ce domaine que le coping tel qu'il est conceptualisé en psychologie de la santé est cliniquement et théoriquement le plus pertinent. À l'inverse, il est des situations qui font tout voler en éclat et qui ne laissent comme option aux individus que de tout réinventer (se réinventer) et reconstruire (se reconstruire). Il s'agit alors de dépasser celui ou celle qu'ils étaient et de transformer tout ce qui jusque-là les constituait pour survivre. Ces deux approches n'ont rien en commun. C'est pourquoi il est essentiel de faire la différence entre ce qui relève de l'épreuve ou des situations extrêmes et des situations ordinaires qui peuvent

être douloureuses et éprouvantes, mais qu'on ne peut pas confondre les unes avec les autres. Dans cette même partie nous avons ainsi fait le choix de présenter de façon complémentaire les théories relatives au développement post-traumatique et au changement de valeurs.

1. Réflexions autour de la question de l'adaptation

La notion d'adaptation est relativement ancienne (pour une revue du concept voir Tarquinio et Spitz, 2012) ; elle a été utilisée en particulier dans les théories de l'évolution, de la biologie, de l'éthologie et de la psychophysiologie. Elle désigne un processus dynamique de changement lié aux capacités innées ou acquises d'un organisme, d'un individu ou d'un groupe de réagir à des agressions externes ou internes, des contraintes ou des conflits, en cherchant à réduire ou à éliminer leurs conséquences défavorables par des ajustements divers leur permettant de survivre et de créer un nouvel équilibre compatible avec leur survie.

L'adaptation est une notion assez large qui englobe des niveaux très divers de réactions (neurophysiologiques, comportementales, psychologiques, émotionnelles) qui rend compte de la diversité des réponses que chacun peut apporter aux modifications de l'environnement ou aux changements de son propre organisme.

S'adapter, c'est intégrer des modifications. Soit ! Mais quelles sont les frontières d'un phénomène d'adaptation ? Quelle en est la cartographie ? Nous partirons de l'idée qu'il y a deux versants au moins susceptibles de caractériser tout phénomène adaptatif. D'abord, à toute intégration de modification, il faut bien supposer la confrontation à un obstacle extérieur, à un choc ou à une résistance intérieure. Ensuite, que se produise et se réalise une nouvelle possibilité ou simplement, du nouveau. Le lien entre les deux moments est indissociable. L'un ne peut pas être sans être rapporté à l'autre. Du point de vue psychologique par exemple, la maladie doit être située dans une perspective dynamique qui repose sur deux données. Tout d'abord, notre vie est un processus en perpétuel changement, lié à des événements extérieurs, eux aussi en transformation ; il en résulte que la santé apparaît comme un équilibre provisoire par rapport à des facteurs pathogènes externes et internes qui menacent l'organisme. D'autre part, la maladie apparaît comme la rupture d'un tel équilibre dans le sens où des processus pathogènes morbides se sont développés et installés dans l'organisme ; ils deviennent suffisamment puissants pour affaiblir, voire détruire les processus correcteurs habituels et inverser le processus de vie en processus de mort. Dans *L'Expérience de la maladie, l'épreuve intime*, Fischer

(2008) aborde la question des pathologies graves, qui marquent toujours pour les individus qui en sont affectés un « avant » et un « après » dans le cours de leur existence (cf. partie 3.3) :

« En tant qu'expérience psychique, la maladie se révèle souvent comme une épreuve singulière ; elle ne signe pas comme on le croit souvent une impossibilité de vivre mais oblige souvent à vivre de façon très différente. »

La maladie peut en conséquence être définie comme l'ébranlement d'un processus vital qui va engendrer une situation spécifique de bouleversements provoqués par des agents pathogènes tendant à détruire le vivant et des forces d'adaptation pour faire face. Il s'agit d'une situation dynamique qu'il faudra considérer au même titre que les aspects biologiques mais sous un autre angle. On étudie en guise d'adaptation le coping, les mécanismes de défenses ou encore la résilience à partir de réponse à des questionnaires. Même fiables, ces mesures et cette conception de l'adaptation s'amputent en permanence de l'étude du processus adaptatif comme s'il était secondaire. Pire encore, ces travaux font l'économie du possible, pour ce qui a émergé ou a été sélectionné par l'individu ou l'environnement de l'individu. Pour Vygotski (2003), « c'est en mouvement qu'un corps montre ce qu'il est ». C'est donc seulement au travers d'une expérience de transformation que l'activité psychologique d'adaptation (le processus) peut livrer ses secrets. À s'amputer de la part développementale des processus adaptatifs (ce que l'on fait allégrement dans le champ de la recherche par exemple), on risque la plupart du temps de ne rien saisir vraiment de ce qui se joue, s'est joué, aurait pu se jouer ou se jouera de la capacité de chacun de nous à s'adapter et à faire face, à présent et donc à vivre. C'est là la seule solution – au combien heuristique – de prendre en compte non seulement le résultat de l'adaptation, mais encore le processus qui en est à l'origine. Il conviendrait pour cela de développer d'autres modalités de recherche et pas seulement d'autres modèles scientifiques. N'oublions pas que les théories, les modèles et autres approches qui traitent de l'adaptation ne sont que des théories, au mieux des hypothèses dont la seule fonction est de nous aider à mieux comprendre et/ou penser ce qui se joue chez les individus lorsque la vie les somme d'affronter ses épreuves et ses moments difficiles. Ce ne sont au fond qu'une lecture, qu'un décodage d'un processus unique ou presque. Il ne faut pas perdre de vue également que toutes ces approches ne sont que des tentatives heuristiques, dont il convient de se défaire au plus vite pour qu'elles ne deviennent pas des dogmes ou des filtres trop étriqués qui nous feraient oublier la complexité de ce qu'est la psychologie humaine.

En effet, il est une évidence à dire et à penser que les comportements humains ne sont pas inscrits depuis toujours dans le ciel pour échoir sur la terre. Ils sont le fruit d'innombrables facteurs, multiples et hétérogènes. Ils ont leur raison d'être et d'être comme ils sont. Et cela, la plupart du temps, nous échappe...

2. Le coping

2.1 Approche générale du coping

Au sens large, ce concept désigne la manière dont on fait face à une situation difficile en faisant appel à diverses formes d'ajustement. Le terme apparaît en 1966 et renvoie à un ensemble de stratégies mises en œuvre pour affronter des situations difficiles ou des événements stressants (Lazarus, 1966). Il figure pour la première fois dans le *Psychological Abstracts* en 1967 et est employé dans un sens qui le rapproche beaucoup des mécanismes de défense; il y est défini comme relevant des mécanismes de défense facilitant l'adaptation.

Ultérieurement, le coping a été l'objet d'une conceptualisation plus spécifique pour désigner « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux constamment changeants, destinés à maîtriser, réduire ou tolérer des impératifs spécifiques internes ou externes qui sont perçus comme menaçants ou dépassants les ressources d'un individu » (Lazarus et Folkman, 1984). Cette définition marque un changement dans la façon d'aborder la réaction des individus confrontés à des problèmes: leur réponse est envisagée en termes de processus changeants, d'une part, et leur comportement face à la situation n'est pas purement passif mais actif, d'autre part; il se caractérise par la façon dont quelqu'un va gérer la situation.

En raison de sa complexité, la traduction de ce concept s'avère difficile et ce sont les termes de « stratégie d'ajustement » (Bruchon-Schweitzer, 2002), de « processus de maîtrise » (Corraze, 1992), ou encore de stratégie d'adaptation qui en rendent compte.

La notion de coping, largement utilisée aujourd'hui, se réfère à la théorie cognitive du stress et est considérée comme un modérateur des processus qui affectent la relation entre un événement stressant et les ressources dont dispose un individu pour lui faire face.

Ainsi, Paulhan (1992) précise qu'en référence au modèle animal, « le coping a été conçu comme une réponse comportementale acquise face à une menace vitale :

par exemple, la fuite ou l'évitement induit par la peur ou bien la confrontation ou l'attaque induite par la colère».

Par la suite, l'état émotionnel, les relations existantes entre le stress physiologique et la vie psychique ont été pris en compte, entraînant une vision à la fois plus complexe et plus dynamique. Le stress a été envisagé comme un processus mental ayant des composantes affectives, cognitives, sensori-motrices, viscérales et endocriniennes, en interaction les unes avec les autres.

La conception actuelle du stress prend donc en compte l'adaptation du sujet à l'agression. Ainsi, le stress est considéré comme un processus comprenant les stimuli stressants, les réponses de la personne, mais également le rapport entre ces deux éléments. Le stress est défini comme la condition qui émerge quand les transactions personne-environnement amènent l'individu à percevoir une opposition – réelle ou imaginée – entre les exigences de la situation, d'une part, et les ressources de ses systèmes biologiques, psychologiques ou sociaux, d'autre part. Cette condition de stress implique généralement un processus d'évaluation cognitive défini par Lazarus et Folkman (1984). Ce processus psychologique est effectué à partir de deux facteurs : l'évaluation primaire qui évalue si la demande de l'environnement menace l'adaptation de la personne et l'évaluation secondaire qui évalue si les ressources disponibles sont suffisantes pour répondre à la demande.

Pour Paulhan (1992), « l'étude des stratégies d'ajustement correspond à un changement fondamental dans la façon de concevoir le stress : on ne cherche plus à décrire les réactions de stress à partir des événements auxquels le sujet est exposé (stressants), mais par la façon dont il gère la situation ». La personne est un agent actif capable d'influencer l'impact d'un stressant par le biais de comportements et de s'ajuster à la situation à l'aide de stratégies cognitives ou émotionnelles, ce qui implique directement la notion de coping.

2.2 Les facteurs déterminants du coping

Le coping est composé d'un ensemble d'efforts adaptatifs en fonction des situations et de la façon dont les individus y font face. Un certain nombre de facteurs influencent le coping, parmi lesquels nous retiendrons ceux sociobiographiques, contextuels, cognitifs et personnels.

2.2.1 Les facteurs sociobiographiques

Ils se réfèrent en particulier à la catégorie et au statut socio-économique, à l'âge, au genre.

Certaines études ont indiqué une relation entre le statut socio-économique et le fait que certaines stratégies de coping sont plus mobilisées que d'autres : ainsi un statut élevé est-il plus fortement corrélé avec un coping actif (Holahan et Moos, 1987). De même, un niveau d'instruction élevé semble être positivement associé à un coping actif.

En ce qui concerne le genre, il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes, lorsqu'il s'agit du coping centré sur le problème. En revanche, les femmes semblent avoir davantage tendance que les hommes à utiliser le coping centré sur les émotions ou le coping passif (Endler et Parker, 1990).

Si des corrélations positives ont été montrées entre facteurs sociobiographiques et coping, il apparaît que, comparée à d'autres facteurs, leur importance est moins grande.

2.2.2 Les facteurs contextuels

Les stratégies de coping sont influencées par les caractéristiques des situations, en particulier celles d'événement stressant : gravité, nature, durée, contrôlabilité/incontrôlabilité, contexte personnel/impersonnel.

Si les facteurs contextuels interviennent dans la mise en œuvre des stratégies de coping, ces dernières dépendent en même temps des caractéristiques des individus concernés. Par ailleurs, les facteurs contextuels pris en compte dans le coping ne sont pas limités aux caractéristiques objectives de la situation, mais liés aux caractéristiques subjectives, c'est-à-dire telles que la situation est perçue.

2.2.3 Les facteurs cognitifs

Ils englobent un ensemble de processus à partir et à travers lesquels on affronte un problème, un événement, une situation difficile en fonction de la manière dont on les interprète, dont on les perçoit et les ressent. Parmi ces facteurs, nous retiendrons la manière dont quelqu'un évalue ce qui lui arrive et le sentiment qu'il a de le contrôler ou non.

L'évaluation est un processus cognitif par lequel un individu estime la situation à laquelle il est confronté, ainsi que les ressources dont il dispose pour lui faire face. On distingue deux formes d'évaluation : primaire et secondaire.

L'évaluation primaire porte sur les différentes caractéristiques d'une situation ou d'un événement : ce qui compte le plus dans cette évaluation, ce sont les croyances, les émotions, le sens attribué à la situation et non pas ses propriétés objectives. Lazarus et Launier (1978) ont ainsi observé qu'un même événement stressant

pouvait être perçu selon des registres très différents : pour certains, il peut être ressenti comme une perte (matérielle, relationnelle, corporelle) et déclencher des émotions ou des sentiments comme la colère, l'impuissance ou la tristesse ; pour d'autres, il peut représenter une menace et donner lieu à une anxiété ; pour d'autres encore, il peut s'agir d'un défi à relever qui peut susciter de l'excitation et de la joie.

L'évaluation primaire détermine les stratégies d'ajustement utilisées et montre en conséquence son impact positif ou négatif sur le coping. Ainsi une situation vécue comme une perte aura-t-elle tendance à se traduire par une réaction d'abandon et de résignation, alors que si elle est perçue comme un défi, elle peut déclencher des réponses plus actives et plus positives.

L'évaluation secondaire concerne l'estimation et la compréhension des ressources personnelles et sociales dont un individu dispose pour faire face à la situation. Ce type d'évaluation met en évidence que c'est la façon dont un individu pense et juge non pas seulement les ressources objectives mais également la capacité de les mobiliser, qui va déterminer ses stratégies de coping. Cette évaluation donne lieu en particulier à des options diverses qui vont être envisagées, comparées, triées : demande d'aide, recherche d'informations, acceptation ou fuite par rapport à la situation, etc. Cette phase oriente les formes d'ajustement ultérieures, et cela en raison de l'estimation qu'on fera de sa capacité à agir ou non sur la situation.

Évaluations primaire et secondaire prouvent que les stratégies d'ajustement dépendent de façon importante des croyances que les individus ont d'eux-mêmes, de la situation, de leur propre capacité à faire face aux événements, ainsi que des valeurs qui les poussent à agir dans un sens ou dans un autre.

Suite à ces deux évaluations, la mise en œuvre du coping va pouvoir s'effectuer. En 1980, Folkman et Lazarus ont mis en évidence deux fonctions principales du coping : la première est dirigée sur le changement du problème « personne – environnement » (stratégie orientée sur le problème), tandis que la seconde est dirigée sur la gestion du stress émotionnel (stratégie orientée sur l'émotion). Folkman et Lazarus (1980) ont également mis en évidence l'utilisation simultanée de ces deux fonctions quel que soit le type de stressleur rencontré. L'erreur souvent commise dans les recherches consiste à opposer ces deux stratégies et à comparer leur efficacité. Ces deux stratégies sont interdépendantes et fonctionnent ensemble, l'une complétant l'autre dans le processus de coping.

C'est la raison pour laquelle il est impératif de comprendre que ces stratégies de coping ne sont pas des dimensions stables. Elles vont dépendre du contexte et de la personnalité. Un coping centré sur le problème sera par exemple plus utilisé et sans doute plus efficace lorsque la situation est modifiable, alors que le coping

centré sur l'émotion sera plus utile lorsque la situation ne peut être modifiée. Ainsi, pour comprendre ce qui se joue en termes de pattern de coping il est essentiel de tenir compte à la fois du stresser rencontré, du type de personnalité, mais aussi des résultats étudiés : « Ce qui marche dans un contexte peut être contre-productif dans un autre » (Lazarus, 1993).

L'étude du coping en tant que processus implique donc que l'attention soit portée sur le changement permanent des stratégies de coping au cours du temps ou en fonction des situations.

Des études portant sur l'impact du contrôle perçu chez des malades cancéreux ont permis de préciser son rôle. Des malades ayant un contrôle perçu élevé ont tendance à développer des stratégies de coping plus adéquates : estime de soi plus élevée, anxiété plus faible, comportements plus sains. Par ailleurs, le fait de croire que l'on exerce un contrôle sur sa maladie peut s'accompagner d'un style de coping fonctionnel et actif, comme l'esprit combatif. En revanche, le fait de croire que l'on est responsable de sa maladie, surtout lorsqu'il s'agit de maladie grave, s'accompagne plutôt d'une stratégie de coping centrée sur l'émotion et a un rôle plus dysfonctionnel.

Si le contrôle perçu est habituellement considéré comme un facteur bénéfique pour les stratégies de coping, il ne l'est pas forcément par rapport à certaines situations spécifiques comme les cancers graves, ou d'autres maladies durables et incontrôlables.

2.2.4 Les facteurs de personnalité

Ils désignent les caractéristiques personnelles qui influencent le coping et parmi lesquelles nous retiendrons : l'endurance et le sens de la cohérence, comme de bons prédicteurs de coping. Elles sont considérées dans de nombreuses recherches comme ayant un lien marqué avec le coping et le déterminent donc de manière spécifique.

L'endurance (*hardiness*) est un trait de personnalité caractérisé par la capacité de résistance d'un individu face à des situations particulièrement stressantes. Elle se traduit par des stratégies de coping actif basées sur la croyance dans sa capacité à maîtriser les événements. Ce trait de personnalité, décrit par Kobasa (1982), comporte trois aspects : l'engagement, le contrôle et le défi. L'engagement consiste à s'impliquer dans ce qu'on fait ; le contrôle est lié à la croyance en son propre pouvoir par rapport à ce qui arrive ; le défi est une façon de percevoir une situation critique comme une opportunité à travers les changements positifs qu'elle peut entraîner. À travers cette constellation de caractéristiques, l'endurance apparaît

comme favorisant des stratégies de coping ayant un rôle protecteur dans les situations stressantes.

La cohérence est une expression de la personnalité basée sur un sentiment de confiance en soi à partir duquel un individu organise la compréhension qu'il a des événements, ainsi que les ressources pour faire face, de telle sorte qu'ils aient un sens pour lui. L'intérêt de ce concept repose en particulier sur le fait qu'il correspond à un changement de perspective dans l'étude des relations entre traits de personnalité et stratégies de coping. L'idée de cohérence, et particulièrement de sens de la cohérence, met l'accent non plus sur ce qui fragilise l'individu, mais sur ce qui lui permet de se protéger face à l'adversité (Antonovsky, 1990). Le sens de la cohérence représente plus qu'un trait, une tendance générale de la personnalité qui confère aux stratégies de coping une signification existentielle plus large.

Il existe de nombreux autres traits de personnalité : les uns comme l'hostilité, l'anxiété, la dépression, ont plutôt des effets négatifs et donnent lieu à des stratégies centrées sur l'émotion, alors que d'autres, comme ceux qui viennent d'être indiqués, ont des effets plutôt positifs sur ces mêmes stratégies. De façon plus large, les facteurs de personnalité sont considérés comme des caractéristiques stables, et permettraient de comprendre la cohérence de ces stratégies chez un même individu.

2.3 Les formes et styles de coping

Comme nous l'avons souligné, il existe deux formes principales de coping : le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion qui ont été dégagés par Lazarus et Folkman (1984). Dans le cadre d'une étude réalisée auprès de cent adultes, dans laquelle on leur a demandé de répondre chaque mois et pendant un an à une échelle (Ways of Coping Checklist), en notant un fait récent qui les avait perturbés, ainsi que leurs réactions on a pu montrer l'existence de plusieurs types de coping. D'une part, le coping centré sur le problème qui désigne l'ensemble des efforts comportementaux et cognitifs en vue de modifier la situation dans laquelle un individu se trouve. Cette forme comporte deux aspects essentiels : la confrontation à l'événement qui se traduit par les efforts pour changer la situation ; la résolution du problème qui se traduit par la recherche d'un ensemble de moyens (informations, aide) permettant d'atteindre ce but. D'autre part, le coping centré sur l'émotion qui renvoie à l'ensemble des efforts visant à atténuer et à supporter les états émotionnels déclenchés par la situation. Il existe de nombreuses expressions de cette forme de coping : l'évitement (ne plus penser au problème), la distraction, le déni, la dramatisation, etc. ; elles sont, la plupart, des processus orientés vers l'action intrapsychique.

Coping centré sur le problème et coping centré sur l'émotion ne sont donc pas deux processus séparés. Dans une situation donnée, on peut utiliser tantôt l'un, tantôt l'autre, ou les deux ensembles. Ces deux grandes formes correspondent aux stratégies généralement mises en œuvre, mais il en existe également qui sont plus spécifiques et qui varient d'un individu et d'une situation à l'autre.

Le coping peut également être classé selon l'activité de la personne et la cible des stratégies en réponse à un stressor. Ainsi, une personne peut faire face directement et ouvertement à son problème en agissant activement et concrètement. Pour Paulhan et Bourgeois (1995), il s'agit d'une action qui consiste « à modifier directement les termes mêmes de la relation personne-environnement par la mise en place d'efforts comportementaux actifs, consistant à affronter le problème pour le résoudre ».

La personne peut également éviter le problème et chercher à réduire son stress et ses émotions négatives en utilisant un coping évitant. Le coping évitant consiste à détourner l'attention de la source de stress et peut engendrer des activités positives comme le sport ou la relaxation mais également des activités négatives visant à fuir la détresse émotionnelle comme la prise d'alcool ou de médicaments.

Moos et Schaefer (1993) ont proposé de classer le coping actif et/ou évitant selon les méthodes utilisées pour y faire face. Ainsi, ils distinguent quatre catégories de base :

- le **coping actif/cognitif** qui comprend l'analyse logique et le recadrage positif;
- le **coping actif/comportemental** avec la recherche de soutien et la mise en œuvre d'une action pour résoudre le problème;
- le **coping évitant/cognitif** avec l'évitement cognitif et l'acceptation résignée;
- le **coping évitant/comportemental** avec la recherche d'autres activités et la décharge émotionnelle.

Selon Carver et Connor-Smith (2010), chacune des différentes classes de coping se centre sur un aspect particulier et a son utilité mais aucune classification ne représente la structure complète du coping. Paulhan (1992) précise que les controverses sur les différentes classifications ne sont pas essentielles en elles-mêmes et qu'il importe davantage de savoir si « chacune de ces stratégies est fonctionnellement efficace, c'est-à-dire si elle permet de réduire la tension ou l'anxiété engendrée par la situation » (Paulhan, 1992).

Des recherches ont indiqué l'existence de stratégies de coping spécifiques à certaines maladies (accidents cardio-vasculaires, cancers, sida).

Chez les malades du cancer, on a pu observer certaines expressions spécifiques : pour le coping centré sur le problème : l'esprit combatif, et pour le coping centré sur l'émotion : l'impuissance-désespoir, l'évitement, la résignation (Watson et al., 1988). De façon plus large concernant les maladies, les travaux existants tendent à montrer que c'est le coping centré sur le problème qui est utilisé habituellement par rapport aux aspects stressants de la situation médicale (hospitalisation, intervention chirurgicale, traitement), alors que, lorsqu'il s'agit de stress plus spécifiques, c'est le coping centré sur l'émotion qui semble être mobilisé. Parmi ses diverses formes, on relève : l'impuissance-désespoir, l'auto-accusation, l'évitement émotionnel, l'évitement comportemental et cognitif, l'extériorisation des émotions, l'hostilité.

Enfin, les deux formes de coping ont des conséquences différentes, variables suivant les situations. Ainsi, en ce qui concerne la contrôlabilité, le coping centré sur le problème permet de diminuer l'anxiété quand l'événement est contrôlable, mais a tendance à l'augmenter quand il est incontrôlable, alors que le coping centré sur l'émotion peut diminuer l'anxiété dans les situations incontrôlables, mais plus rarement dans les situations contrôlables (Marx et Schultze, 1991).

Les diverses classifications du coping aboutissent assez généralement, avec quelques variantes, à la distinction générale entre stratégies centrées sur le problème et stratégies centrées sur l'émotion. Signalons enfin que des recensions de travaux mettent en évidence que la recherche de soutien social est considérée dans certaines études comme une stratégie de coping (Cousson *et al.*, 1996).

Les stratégies de coping sont-elles efficaces ? Et certaines sont-elles plus efficaces que d'autres ? La notion d'efficacité désigne l'impact psychosocial du coping, c'est-à-dire les conséquences sur la façon dont un individu agit sur la situation et les effets sur son bien-être physique et psychologique.

Sur un plan général, les études montrent tout d'abord qu'il est préférable d'utiliser une stratégie de coping quelle qu'elle soit plutôt que de ne rien faire (Suls et Fletcher, 1985). Ensuite, il apparaît que l'efficacité d'une stratégie de coping n'est pas automatique : elle ne dépend pas uniquement du type de ressource mise en œuvre, mais également de variables contextuelles qui peuvent la freiner ou l'empêcher. Enfin, une stratégie de coping n'a pas la même efficacité selon qu'il s'agit de la santé physique ou de l'état émotionnel. Dans ce domaine, les recherches portant sur l'évaluation comparative de l'efficacité ont également retenu les deux grands types de coping : centré sur le problème et centré sur l'émotion. Les stratégies centrées sur le problème semblent plus efficaces, alors que celles centrées sur l'émotion paraissent plus dysfonctionnelles et plus négatives.

Le coping centré sur le problème permet de diminuer le stress vécu.

Une étude a indiqué qu'avant une intervention chirurgicale, des malades qui avaient recherché des informations et développé une stratégie active étaient moins anxieux et avaient moins de complications postopératoires que ceux qui avaient recouru à des stratégies passives comme la résignation (Schmidt, 1988).

Toutefois, l'efficacité d'une stratégie de coping centrée sur le problème dépend également de nombreux autres facteurs comme la contrôlabilité de la situation : si la situation est contrôlable, ce type de coping est efficace, tandis que dans les situations incontrôlables, son effet tend à devenir négatif. On a observé des malades chez lesquels on avait diagnostiqué un cancer et qui avaient développé ce type de coping, et on a constaté qu'un tel coping pouvait avoir un impact inopérant et défavorable, surtout après un certain temps, en raison du caractère durable et souvent incontrôlable de ces pathologies (Cohen et Herbert, 1996).

Le coping centré sur l'émotion est généralement considéré comme moins efficace, du fait notamment que ses diverses formes d'expression, telles que la répression des émotions ou l'impuissance sont associées à une augmentation de la détresse.

Des études ont nuancé cette conclusion en indiquant que certains aspects du coping centré sur l'émotion avaient un effet bénéfique et protecteur sur la qualité de vie à court terme, même si plusieurs de ses expressions apparaissent comme ayant généralement un effet négatif : impuissance-désespoir, auto-accusation, résignation (Greer *et al.*, 1979).

Ces résultats, observés dans des pathologies diverses, révèlent des effets dysfonctionnels qui peuvent eux-mêmes être liés à des comportements plus ou moins adéquats comme la non-observance, la non-perception des symptômes, le non-respect des délais de traitement, etc. (Maes *et al.*, 1996).

En définitive, l'efficacité du coping demeure difficile à évaluer en termes salutogènes ou pathogènes, mais elle peut affecter la santé de deux façons distinctes. Lazarus et Folkman (1984) ont ainsi démontré que le coping pouvait avoir une influence sur la santé physique dans la mesure où il peut affecter la fréquence, l'intensité et la durée des réactions neurophysiologiques liées au stress, et ceci, notamment, lorsqu'un individu se trouve face à un événement incontrôlable et qu'il ne peut agir sur la situation stressante, ou que son coping est inadéquat. Le coping peut également affecter directement et négativement la santé, lorsque quelqu'un a un style de vie lié à des comportements à risques. L'efficacité du coping n'a donc aucun caractère automatique ; elle doit être appréciée en fonction d'une multiplicité de critères qui le rendent fonctionnel dans un cas et pas nécessairement dans d'autres.

L'efficacité semble donc liée aux conditions et à la manière dont le coping permet à un individu de tempérer ou de réduire l'impact de la situation stressante sur son bien-être physique et psychologique (Folkman, 1984).

C'est dans cette perspective que l'efficacité des deux stratégies fondamentales (coping centré sur le problème et coping centré sur l'émotion) doit être considérée et examinée dans chaque cas.

2.4 Les mesures du coping

Pour évaluer les divers effets du coping, un certain nombre de mesures ont été élaborées. Les échelles et questionnaires ont été construits pour saisir la relation entre le coping et la santé à partir, notamment, des hypothèses suivantes :

- les stratégies de coping ont un effet direct sur certaines variables de la santé ;
- elles ont un effet indirect en donnant lieu à un changement dans le comportement de santé ;
- elles régulent et peuvent diminuer le stress lié à un problème de santé (Parker et Endler, 1996).

Les échelles de coping développées ci-après sont parmi les plus employées et les plus connues. Elles se subdivisent en deux grands types : celles qui portent sur les stratégies habituelles de coping et celles qui portent sur des situations plus spécifiques. Nous présenterons deux des échelles les plus pratiquées : la Ways of Coping Checklist (WCC), traduite et adaptée en français par Cousson et ses collègues (1996) et le Brief COPE (Carver *et al.*, 1989), validé sur une population française (Muller et Spitz, 2003), ainsi que des échelles portant sur les mécanismes de défense et le coping.

2.4.1 La Ways of Coping Checklist (WCC)

Élaborée par Lazarus et Folkman (1984), elle comporte au départ 68 items répartis en 8 échelles : la résolution du problème, l'esprit combatif, la prise de distance, la réévaluation positive, l'auto-accusation, la fuite-évitement, la recherche de soutien social et la maîtrise de soi.

Les deux premières échelles correspondent au coping centré sur le problème et les six autres au coping centré sur l'émotion.

Une modification de la WCC a été réalisée par Vitaliano et ses collègues (1985) et adaptée plus spécifiquement au contexte de la maladie. Elle comporte cinq échelles : centré sur le problème, recherche de soutien social, auto-accusation,

attentes illusoires, évitement. Cette échelle a été adaptée en français par Cousson et ses collègues en 1996.

La cotation de ce questionnaire suppose de coter chaque item de 1 à 4 points en fonction des modalités de réponse (Non = 1, Plutôt non = 2, Plutôt oui = 3, Oui = 4). Les scores d'échelle sont obtenus en faisant la somme des scores d'items correspondant à chaque dimension (coping problème, émotion, recherche de soutien social).

Le tableau 4.1 présente la version française de la WCC.

Tableau 4.1 – Version française de la Ways of Coping Checklist (WCC)
(d'après Cousson *et al.*, 1996).

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi. (<i>Coping centré sur le problème</i>)				
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse. (<i>Coping centré sur l'émotion</i>)				
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais. (<i>Coping centré sur la recherche de soutien social</i>)				
4. Je me suis battu pour ce que je voulais. (<i>Coping centré sur le problème</i>)				
5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé. (<i>Coping centré sur l'émotion</i>)				
6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'on m'a conseillé. (<i>Coping centré sur la recherche de soutien social</i>)				
7. J'ai changé positivement. (<i>Coping centré sur le problème</i>)				
8. Je me suis senti mal de ne pouvoir éviter le problème. (<i>Coping centré sur l'émotion</i>)				
9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis. (<i>Coping centré sur la recherche de soutien social</i>)				
10. J'ai pris les choses une par une. (<i>Coping centré sur le problème</i>)				
11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait. (<i>Coping centré sur l'émotion</i>)				

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation. (Coping centré sur la recherche de soutien social)				
13. Je me suis concentré sur un aspect positif qui pourrait apparaître après. (Coping centré sur le problème)				
14. Je me suis culpabilisé. (Coping centré sur l'émotion)				
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions. (Coping centré sur la recherche de soutien social)				
16. Je suis sorti plus fort de la situation. (Coping centré sur le problème)				
17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux. (Coping centré sur l'émotion)				
18. J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème. (Coping centré sur la recherche de soutien social)				
19. J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir. (Coping centré sur le problème)				
20. J'ai essayé de tout oublier. (Coping centré sur l'émotion)				
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler. (Coping centré sur la recherche de soutien social)				
22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée. (Coping centré sur le problème)				
23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude. (Coping centré sur l'émotion)				
24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un. (Coping centré sur la recherche de soutien social)				
25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème. (Coping centré sur le problème)				

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
26. Je me suis critiqué ou sermonné. (<i>Coping centré sur l'émotion</i>)				
27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver. (<i>Coping centré sur le problème</i>)				

2.4.2 Le COPE et le Brief COPE

Cette échelle a été construite non de manière empirique, mais à partir d'une approche théorique sur le coping. Mis au point par Carver et ses collègues (1989), le test initial, appelé COPE, comporte quatorze échelles : coping actif, planification, suppression des activités concurrentes, coping restreint, recherche de soutien pour information, recherche de soutien émotionnel, reformulation positive, acceptation, coping religieux, attention aux autres et expression des émotions, déni, désengagement comportemental, désengagement cognitif, désengagement par les drogues.

Le Brief COPE est une version abrégée du COPE ; il fournit un aperçu de différentes stratégies utilisées par une même personne et donne ainsi une compréhension de ses nombreuses facettes. Le Brief COPE a été comparé à certaines échelles de personnalité, ce qui a permis de mettre en relation les réponses du coping avec certains traits de personnalité, en particulier l'optimisme, le contrôle, l'estime de soi, l'internalisation, l'endurance, l'anxiété. Ces indications permettent de mieux comprendre les relations existantes entre ces traits de personnalité et les choix de coping. Le tableau suivant présente les items et les échelles du Brief COPE.

Encadré 4.1 - Les items du *Brief COPE*

1. Je me suis tourné vers d'autres activités pour me changer les idées.
2. J'ai déterminé une ligne d'action et je l'ai suivie.
3. Je me suis dit que ce n'était pas réel.
4. J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.
5. J'ai recherché un soutien émotionnel de la part des autres.
6. J'ai renoncé à essayer de résoudre la situation.
7. J'ai essayé de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.





8. J'ai accepté la réalité de ma nouvelle situation.
9. J'ai évacué mes sentiments déplaisants en en parlant.
10. J'ai recherché l'aide et le conseil d'autres personnes.
11. J'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif.
12. Je me suis critiqué.
13. J'ai essayé d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y avait à faire.
14. J'ai recherché le soutien et la compréhension de quelqu'un.
15. J'ai abandonné l'espoir de faire face.
16. J'ai pris la situation avec humour.
17. J'ai fait quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la TV, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins...); certaines activités ne sont pas à reporter pour les patients hospitalisés.
18. J'ai exprimé mes sentiments négatifs.
19. J'ai essayé d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il fallait faire.
20. J'ai concentré mes efforts pour résoudre la situation.
21. J'ai refusé de croire que ça m'arrivait.
22. J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.
23. J'ai appris à vivre dans ma nouvelle situation.
24. J'ai planifié les étapes à suivre.

Encadré 4.2 - Les échelles du Brief COPE

Coping actif: 2 et 20.

Planification: 13 et 24.

Soutien instrumental: 10 et 19.

Soutien émotionnel: 5 et 14.

Expression des sentiments: 9 et 18.

Réinterprétation positive: 11 et 26.

Acceptation: 8 et 23.

Déni: 3 et 21.

Blâme: 12 et 25.

Humour: 16 et 28.

Religion: 7 et 27.

Distracted: 1 et 17.

Utilisation de substances: 4 et 22.

Désengagement comportemental: 6 et 15.

Le *Brief COPE* est présenté ici dans un format situationnel (contextuel). Carver a voulu que cet outil puisse être utilisé selon deux formats en fonction des intérêts du chercheur qui l'utilise. Le second format est donc un format dispositionnel. Selon que l'on a besoin d'utiliser l'un ou l'autre des formats, les items restent les mêmes. Seuls la consigne et le temps de conjugaison des items changent.

La version présentée ci-dessus a été validée en demandant aux personnes de se référer à un événement stressant qu'ils avaient vécu récemment. Cependant, dans son format dispositionnel, cette échelle fait appel aux réponses habituelles des gens face aux situations stressantes de leur vie quotidienne. Dans ce cas, le temps de conjugaison des items est le présent (par exemple, l'item 1 se lirait : je me tourne vers d'autres activités pour me changer les idées). Les choix de réponses proposées sont : « pas du tout », « de temps en temps », « souvent », et « toujours » (score de 1 à 4).

3. Les mécanismes de défense

3.1 Approche générale des mécanismes de défense

La notion de mécanisme de défense est un concept psychanalytique élaboré par Freud en 1894 (et plus tard Anna Freud en 1936) pour appréhender les processus psychopathologiques qui sous-tendent les psychonévroses. Il s'agit essentiellement d'une notion qui se réfère à une approche de l'individu définie à partir d'un ensemble de processus intrapsychiques et dont la finalité est d'atténuer, voire de supprimer les affects négatifs liés à l'existence de conflits psychiques, afin de préserver l'intégrité du moi. Quel rôle, quelle place et quel éclairage peuvent fournir les mécanismes de défense dans le cadre de la présentation des notions d'adaptation et de coping en psychologie de la santé ? Les mécanismes de défense se réfèrent d'abord à une conception du fonctionnement du sujet qui prend appui sur l'idée de l'existence d'un appareil psychique qui n'est pas toujours envisagé, voire reconnu comme tel dans les travaux de psychologie de la santé. Nous présenterons dans un premier temps les principales caractéristiques des mécanismes de défense, pour ensuite insister sur la pertinence à les envisager de manière complémentaire aux notions de coping et d'adaptation en psychologie de la santé.

La notion de mécanisme de défense est le plus souvent utilisée dans une perspective assez classique qui se réfère à la conception psychanalytique afin de désigner, dans un sens large, la lutte du moi contre les idées et affects indésirables. Cette

approche définit les mécanismes de défense comme un « ensemble d'opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique » (Laplanche et Pontalis, 1968).

Il s'agit de mécanismes dont l'individu n'a pas forcément conscience et par lequel il essaie de faire face à des conflits intrapsychiques, en cherchant à se protéger et à diminuer les affects négatifs. Dans la théorie freudienne, les mécanismes de défense rendent compte de la formation des symptômes : tout symptôme est le produit d'un conflit défensif et constitue une formation de compromis entre la pulsion et la défense. Le symptôme apparaît donc quand la défense échoue.

Les mécanismes de défense sont variés et relativement nombreux. À cet égard leur étude est devenue un thème important de la recherche psychanalytique à la suite des travaux d'Anna Freud (1936) qui en a dégagé plusieurs formes d'expression : la régression, le refoulement, la formation réactionnelle, l'isolation, l'assimilation rétroactive, la projection, l'introjection, le retournement sur soi, le renversement dans le contraire, la sublimation. De nombreux travaux ont cherché à différencier ces diverses formes d'expression et à établir une classification hiérarchique des mécanismes de défense. Vaillant et ses collègues (1986) distinguent quatre grands types :

- **les défenses narcissiques** (dénî, projection délirante, distorsion) ;
- **les défenses immatures** (passage à l'acte, blocage, hypochondrie, introjection) ;
- **les défenses névrotiques** (contrôle, déplacement, dissociation, externalisation, inhibition, rationalisation, isolation, refoulement) ;
- **les défenses matures** (altruisme, anticipation, ascétisme, humour, sublimation, répression).

Il y a une grande variété de mécanismes de défense et il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus sur leur nombre ou sur leur classification. Le DSM-IV (1994) définit les mécanismes de défense comme « des processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la prise de conscience des dangers ou des facteurs de stress internes et externes ».

L'échelle de fonctionnement défensif du DSM-IV donne des définitions opérationnelles des mécanismes de défense et propose une division conceptuelle et empirique des différentes défenses en sept niveaux :

- **Le niveau adaptatif élevé** : il assure une adaptation optimale aux facteurs de stress. Les défenses de ce niveau autorisent la perception consciente des sentiments et des idées, ainsi que leurs conséquences (exemples de défenses : l'anticipation, l'affiliation, l'altruisme, l'humour, l'affirmation de soi, l'auto-observation, la sublimation, la répression...).

- **Le niveau des inhibitions mentales et des formations de compromis** : il a pour objet de maintenir en dehors de la conscience les idées, sentiments, souvenirs, désirs ou peurs qui représentent une menace potentielle (exemples de défense : le déplacement, la dissociation, l'intellectualisation, l'isolation de l'affect, la formation réactionnelle, le refoulement, l'annulation...).
- **Le niveau de distorsion mineure de l'image de soi, du corps ou des autres** : il regroupe des défenses qui visent à réguler l'estime de soi. Ce sont les défenses narcissiques (exemples de défense : la dépréciation, l'idéalisation, l'omnipotence...).
- **Le niveau de désaveu** : il est caractérisé par le maintien hors de la conscience des facteurs de stress, des impulsions, des idées, des affects ou des sentiments de responsabilités déplaisants ou inacceptables, en les attribuant ou non à une cause extérieure (exemples de défense : le déni, la projection et la rationalisation...).
- **Le niveau de distorsion majeure de l'image** : il regroupe les défenses produisant une distorsion ou une confusion de l'image de soi ou des autres (exemples de défense : la rêverie autistique, l'identification projective, le clivage de l'image de soi...).
- **Le niveau de l'agir** : il est constitué de défenses par l'agir ou le retrait (exemples de défense : le passage à l'acte, le retrait apathique, la plainte associant demande d'aide et son rejet, l'agression passive...).
- **Le niveau de la dysrégulation défensive** : il est caractérisé par l'échec de la régulation défensive, ce qui conduit à une rupture marquée avec la réalité objective. Il décrit des mécanismes caractéristiques des psychoses aiguës et chroniques (exemples : la projection délirante, le déni psychotique, la distorsion psychotique...).

Le dégagement est un concept proche du coping, introduit par Bibring en 1943, et repris par Lagache en 1957. Il est défini par analogie aux mécanismes de défense. En effet, alors que les mécanismes de défense «... n'ont pour fin que la réduction urgente de tensions internes conformément au principe de déplaisir/plaisir, ceux-là [mécanismes de dégagement] tendent à la réalisation des possibilités fussent-elles au prix d'une augmentation de tension. Cette opposition tient à ce que les mécanismes de défense – ou compulsions défensives – sont automatiques et inconscients, restent sous l'emprise des processus primaires et tendent vers l'identité de perception, alors que les mécanismes de dégagement obéissent au principe de l'identité de pensée et permettent progressivement au sujet de se libérer de la répétition et de ses identifications aliénantes » (Laplanche et Pontalis, 1968). Les mécanismes de dégagement permettent donc un contrôle conscient sur la manière de gérer et de réagir aux événements.

Les deux concepts, coping et dégagement, renvoient à des mécanismes qui relèvent de l'ordre de l'intentionnalité, du registre conscient et cognitif alors que les mécanismes de défense sont constitutifs de toute structure psychique et leur maîtrise consciente est relative.

3.2 La mesure des mécanismes de défense

À côté des questionnaires centrés exclusivement sur le coping, quelques instruments ont été élaborés pour mesurer à la fois les mécanismes de défense et le coping. Nous en décrivons succinctement deux : le CODE (Coping and Defense) et le CRI (Coping Responses Inventory).

Le CODE, élaboré par Eriksen *et al.* (1997), est une échelle qui intègre deux types de mesures, les unes issues d'un questionnaire de coping et les autres provenant d'un questionnaire d'évaluation des mécanismes de défense. Cette échelle comprend quatre facteurs :

- **l'hostilité défensive** (style de coping orienté vers l'extérieur et caractérisé par la colère et l'hostilité) ;
- **le coping orienté vers la maîtrise instrumentale** (style de coping actif orienté vers un but) ;
- **les défenses cognitives** (rationalisation-falsification et cognition réconfortante) ;
- **le coping centré sur l'émotion** (recherche de soutien social, expression des émotions, réponses palliatives).

Le premier facteur concerne les mécanismes de défense ; le second et le quatrième concernent les stratégies de coping et le troisième est composé à la fois de mécanismes de défense et de coping. Cette échelle qui a cherché à regrouper mécanismes de défense et coping semble indiquer une relation entre les deux, mais montre surtout que les mécanismes de défense et les stratégies de coping se différencient.

Une autre échelle intègre les facteurs du Coping Responses Inventory-Youth From (CRI-Youth) (Moos, 1993) et ceux du Defense Style Questionnaire (DSQ) (Bonsack *et al.*, 1998) comportent 59 items du DSQ regroupés en trois facteurs :

- les défenses immatures (projection, déni, régression, somatisation, refoulement) ;
- les défenses matures (répression, humour, affiliation, sublimation, anticipation) ;
- les défenses prosociales (altruisme).

Elle comporte par ailleurs quarante-huit items du CRI-Youth portant sur quatre stratégies de coping centré sur le problème : analyse logique, réévaluation positive, recherche de soutien, résolution de problème et quatre stratégies de coping centré sur l'émotion : évitement cognitif, acceptation-résignation, recherche d'autres satisfactions, décharge émotionnelle.

Comme le CODE, cette échelle semble dégager un lien entre mécanisme de défense et coping, en mettant en évidence que le coping fonctionnel tend à être corrélé positivement aux mécanismes de défenses matures, et le coping inadéquat à celui des défenses immatures.

4. Conceptions complémentaires de l'adaptation

Il est des événements de vie qui n'ont rien de comparable aux autres. Sans doute parce qu'ils bouleversent profondément ce que nous sommes et requettent ce que nous avons été. Ces « épreuves », en ce sens qu'elles mettent notre vie physique et/ou psychique en péril, nécessitent pour être dépassées la mobilisation de ressources nouvelles, souvent inédites. Leur mobilisation transcende le plus souvent les individus qui en sont le théâtre et qui se trouvent eux-mêmes surpris par la puissance de la lame de fond qui les emporte. Leurs proches ne sont pas en reste non plus et se trouvent eux aussi doublement bousculés par l'évènement pathogène qui survient d'une part et par les transformations psychiques, voir identitaires qui d'autre part en découlent.

Trois modèles illustrent dans ce domaine une telle problématique celui de la résilience, du développement post-traumatique, ainsi que celui du changement de valeurs.

4.1 La résilience

La première utilisation du terme « résilience » est généralement attribuée à Emmy Werner (1982, 1991), lorsqu'elle analysa les données empiriques d'une recherche longitudinale (cohorte de 698 enfants de la naissance à l'âge adulte, sur l'île de Kauaï à Hawaïi) qui portait alors sur les conséquences à long terme (30 ans) de stress survenus au cours des périodes prénatales et périnatales. Dans cette recherche ce qui a étonné l'auteur fut qu'un tiers des enfants à risque n'avaient pas connu de problèmes particuliers pendant leur enfance et étaient devenus des adultes heureux et compétents. En outre, bon nombre des enfants considérés à haut risque, ayant connu des problèmes durant leur enfance ont été capables de rebondir à l'adolescence et à l'âge adulte. C'est pour qualifier ces enfants, qu'elle a suivis de la naissance à l'âge adulte, de sujets « vulnérables, mais invincibles » que Werner a utilisé le mot « résilience ». Comme le précise très bien Anaut (2003), « les observations de cette étude ont contribué à poser les bases d'une analyse du

fonctionnement de la résilience, en soulignant la dynamique du processus résilient, son évolution au cours du développement du sujet et sa variabilité dans le temps et en fonction des sujets ». Ainsi, on peut considérer la résilience comme le résultat d'un équilibre, en constante évolution, entre les facteurs de risque, la vulnérabilité des individus et les facteurs de protection.

La définition de la résilience, proposée en 2001 par la Fondation de l'enfance et par le groupe de travail dirigé par Manciaux (2001), envisage cette notion comme « la capacité d'une personne, d'un groupe, à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères ». Cette définition est assez proche de celle des auteurs anglo-saxons comme Luthar, Cicchetti et Becker (2000) pour qui « la résilience se réfère à un processus dynamique englobant une adaptation positive dans un contexte d'adversité significative ».

Pour Anaut (2003), « la résilience peut se définir comme la capacité de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique, avec une force renouvelée. La résilience impliquant l'adaptation face au danger, le développement normal en dépit des risques et le ressaisissement de soi après un traumatisme ».

Enfin, retenons également la définition de Boris Cyrulnik (2001) pour qui la résilience est « la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative ».

L'importance de la résilience a surtout été mise en évidence dans la littérature relative au développement de l'enfant et de l'adolescent. La résilience est souvent définie en fonction des facteurs de protection liés à l'individu lui-même et à son environnement. Des facteurs de protection nommés également facteurs de résilience ont été relevés chez les personnes résilientes et décrites comme ayant des ressources personnelles (estime de soi, la confiance en soi et l'autodiscipline, le courage et l'optimisme face à l'adversité) ou encore comme possédant des capacités cognitives supérieures à la moyenne, un sentiment de compétence, un lieu de contrôle interne, le sens de l'humour, de l'empathie et des compétences sociales. D'autres facteurs de protection ont été montrés comme contribuant également à la protection des individus tels que l'adaptabilité au changement, l'autonomie, l'indépendance, les habiletés à résoudre les problèmes, la capacité à donner du sens à l'événement et la religion. Le contexte familial semble également jouer un rôle. Il apparaît en effet que des parents chaleureux, le soutien parental, l'harmonie parentale, la qualité du lien établi avec les parents, l'absence de conflits entre les parents, la structuration de la vie de famille sont des facteurs propices à une bonne résilience (Lösel et Bliesener, 1994).

Notons enfin que le soutien social des pairs, des professionnels, de la famille élargie, de professeurs et de voisins est également à prendre en compte (Hawley et Dehoan, 1996). À cet égard le soutien peut prendre diverses formes, parmi celles-ci, la présence réconfortante, le conseil et l'information.

La position qui domine actuellement la littérature consiste à aborder la résilience en termes de processus. La résilience est alors envisagée dans une perspective développementale, c'est-à-dire qu'elle est fonction du stade de développement dans lequel se trouve le sujet, ce qui conduit à des différences de réactions suivant l'âge, l'évolution, la construction psychique, l'entourage du sujet. Ce n'est pas une qualité « fixe » de l'individu, elle peut être soumise à des variations conséquentes selon les circonstances. Ainsi, la résilience doit s'envisager dans une perspective évolutive et contingente (Rutter, 1987). Pour mobiliser les processus de résilience, les individus doivent être confrontés à des événements aversifs ou traumatisants, comportant de la violence, une effraction physique ou psychique (par exemple, la perte d'un proche, un accident, une maladie...). Il peut aussi s'agir également d'une accumulation d'événements aversifs ou de carences graves et répétées (exemple : des négligences affectives).

Pour Richardson (2002), les processus de résilience peuvent être mis en œuvre dans des situations variées qui contribuent à rompre l'équilibre de l'individu adapté à son environnement. Certaines expériences suscitant des émotions fortes et négatives (comme la peur, la confusion, la défiance, etc.) pourraient constituer des risques pour le bien-être et l'équilibre de l'individu. Ainsi, une grande variété de situations est susceptible de mobiliser les processus de résilience. Pour Tisseron et Cyrulnik (2007) trois dimensions sont au cœur du processus de résilience :

- **L'attribution d'un sens à l'événement** : il s'agit du sens dans les deux acceptions du terme, c'est-à-dire l'orientation et la signification. Le sens correspond à l'aspect subjectif, l'interprétation que l'individu fait de sa situation. « La mise en sens de nos expériences du monde n'est jamais un travail solitaire et elle dépend étroitement de nos liens cognitifs et émotionnels avec nos proches » (Tisseron et Cyrulnik, 2007). Pour désigner ce travail psychique, Tisseron (2007) utilise le mot « symbolisation » qui a l'intérêt de rappeler que, chez l'être humain, le sens est toujours « une opération symbolique, et qu'à ce titre, elle fait intervenir à la fois le langage, les images et la sensori-motricité » (Tisseron et Cyrulnik, 2007) et autrui.
- **La disposition des ressources externes** : cette dimension peut être rapprochée d'une stratégie de coping. Pour Tisseron (2007), la reconstruction psychique qui suit le traumatisme doit s'appuyer sur un support relationnel. D'une part, ces soutiens peuvent émaner des « \$ où se termine cette citation ?\$ échanges

noués avec des autrui, potentiellement très variés (proches, relations amicales, professionnels de la santé, autres malades etc.) qui ont des actions de soutien, d'encouragement, d'orientation ou de balisage. D'autre part, les professionnels peuvent apporter beaucoup à la construction de la résilience, la relation qui se crée entre le psychologue et le patient « permet d'approcher les processus de symbolisation que l'être humain opère par rapport à ses expériences » (Tisseron, 2017). Ces considérations ont incité les auteurs à parler de « tuteurs de développement » ou « tuteurs de résilience » (Tisseron et Cyrulnik, 2007). Pour Lecomte, il s'agit de « la rencontre avec quelqu'un que l'on connaît déjà ou quelqu'un qu'on rencontre pour la première fois » (Lecomte, 2010) et qui manifeste un intérêt sincère et de l'empathie.

- **L'acquisition des ressources internes :** pour Tisseron (2017), cette dimension se situe dans la perspective de l'*empowerment*, autrement dit de la prise en charge de chacun par lui-même en s'attachant à renforcer un sentiment de compétence et de confiance en lui. « Cela nécessite de développer et d'encourager [...] toutes les actions concrètes, même les plus simples, qui peuvent lui donner le sentiment qu'il lui est possible d'exercer un plus grand contrôle sur les aspects de sa réalité psychologique et sociale » (Tisseron, 2017). Cette dimension est très proche de la notion d'agentivité de Bandura (2007), qui repose notamment sur la croyance, ou le sentiment, d'efficacité personnelle de chacun, c'est-à-dire la perception de sa capacité à agir sur la situation. De son côté, Cyrulnik, s'appuyant sur les neurosciences, préfère employer le mot « traces » : « On voit à l'imagerie comment on peut façonner et entraîner un cerveau à privilégier la réponse d'une partie du cerveau et comment la psychothérapie, comment les mots, peuvent façonner une autre partie du cerveau » (Tisseron et Cyrulnik, 2007).

Dans le champ de la maladie, la notion de résilience n'a pas encore suscité un grand intérêt, la plupart des chercheurs et des praticiens restant dans des approches cloisonnées et se limitant au concept de coping. C'est sans doute un tort car sur le plan conceptuel et clinique convoquer une telle approche peut être utile. La résilience en psychologie de la santé pourrait se définir comme la capacité permettant de rebondir après avoir essuyé le choc de la maladie et des épreuves qu'elle impose ou des déceptions que les traitements et les prises en charge peuvent parfois susciter. Cela implique de faire preuve d'initiatives, de structurer et de classer les problèmes, de maintenir son niveau d'engagement lors de contraintes situationnelles diverses, fréquentes dans la maladie. La résilience de santé correspondrait à la volonté d'une personne à rester motivée en dépit des épreuves, des échecs, des fluctuations, des espoirs/désespoirs qu'impose le rapport à la santé. Il peut aussi s'agir d'une attitude de « prise de risque » qui conduirait le malade à sortir de sa

zone de confort pour explorer de nouvelles pistes susceptibles de l'aider dans sa lutte face à la maladie ceci quels que soient les domaines ou les registres, même si ces dernières ne sont pas données d'avance, voire ne sont pas toujours conventionnelles. La résilience de santé permettrait ainsi de rester engagé dans la lutte contre la maladie et pour la survie. La résilience de santé serait un processus important pour la gestion de sa maladie permettant d'être prêt à affronter les échecs, et de tirer parti des opportunités de divers évènements.

4.2 Le développement post-traumatique

L'idée d'« épreuve » à vivre, à affronter ou à traverser est envisagée depuis la nuit des temps comme une étape dans la vie des hommes. Une étape ou un moment susceptible de les grandir et de leur permettre d'accéder à de nouvelles formes de compréhension de ce qu'ils sont, ainsi qu'à une nouvelle conception du monde et de leur rapport au monde. C'est à partir de telles idées que le concept de développement post-traumatique (ou Post Traumatic Growth ou PTG) trouve son origine. Ainsi, dans une telle approche la confrontation à un ou plusieurs événements de vie marquants pourrait donc ne pas être que négative. Face à l'épreuve, le sujet serait confronté dans un premier temps à l'apparition de pensées intrusives et automatiques. Ces intrusions sont en fait envisagées dans ce modèle comme une première tentative de l'individu pour intégrer l'évènement. Après un certain temps, on assisterait à des ruminations mentales plus « constructives » qui permettraient au sujet d'analyser, comprendre et entendre ce qui lui arrive. Pour décrire ce phénomène les auteurs s'appuient sur la conception de Martin et Tesser (1996) qui définissent les ruminations comme un processus volontaire et conscient, orientées vers des objectifs précis dont la finalité est de donner du sens aux événements, de résoudre des problèmes et d'anticiper l'avenir. Il s'agit alors de mettre du sens, de réinterpréter de manière plus adaptée ce qui vient d'arriver. Une telle approche est conforme à ce qu'avancait Frankl (1963). Selon lui, l'homme est fondamentalement motivé à trouver un sens à sa vie au lendemain de la confrontation à des événements de vie éprouvants ou douloureux. Il s'agit d'un effort de réflexion dans le but de comprendre pourquoi l'évènement traumatique est survenu et d'évaluer les impacts de cet événement sur ses croyances, ses valeurs et ses priorités. L'individu est alors pris dans un fonctionnement cyclique entre pensées intrusives, ruminations et sentiment de détresse.

C'est ce processus, dont il ne peut s'échapper qui le pousserait à mobiliser des ressources intérieures pour dépasser cet état mental pathogène et négatif. Pour ce faire, il va devoir revisiter progressivement son mode de vie, ses croyances et ses

buts. Les événements négatifs comme l'épreuve de la maladie, créeraient dans ce cas une rupture entre l'avant et l'après, ce qui pousserait l'individu à un questionnement sur les buts qui, avant l'évènement, étaient envisageables mais qui aujourd'hui ne le sont plus. Ainsi, la refonte des buts se fera en fonction de cette nouvelle réalité, grâce à la construction de nouveaux buts et par l'entremise d'un regard nouveau sur le monde et sur soi-même. Par ce processus, l'individu ressentira la satisfaction d'avoir grandi, évolué, et d'avoir dépassé quelque chose au-delà de lui-même, avec le sentiment de se sentir plus fort et plus armé face à l'adversité. La construction de nouveaux buts et le remaniement des croyances lui permettent également de donner un nouveau sens à son expérience, et de reconstruire une cohérence de vie. Ce processus est graduel. Il se situe dans une évolution dynamique entre détresse émotionnelle, rumination, pensées intrusives, pensées contrôlées (réorganisatrices d'un nouveau mode de fonctionnement), remaniement des buts et des croyances et apaisement émotionnel et psychologique. Cet ensemble permet la révision de schémas fondamentaux, créant ainsi les conditions d'un changement positif.

Parallèlement au concept de développement post-traumatique d'autres approches théoriques nourrissant un objectif commun, ont vu le jour autour de cette question, comme le *stress-related growth* (Park *et al.*, 1996), *benefit-finding* (Lechner *et al.*, 2008) ou encore le *thriving* (Abraido-Lanza *et al.*, 1998). Ce champ d'études présente la particularité de considérer que ces changements positifs ne pourront émerger qu'à la condition d'avoir vécu sur un mode traumatique certaines expériences de vie. La réponse adaptative est envisagée dans une dimension proactive capable de révéler aux sujets des choses sur lui et la vie qu'il n'aurait pu envisager sans la survenue de ces moments difficiles.

On a trop longtemps appliqué une telle vision des choses aux victimes de psychotraumatismes, avec une réduction de ce dernier au trouble de stress post-traumatique (TSPT). Cependant, la gestion du psychotraumatisme se doit d'être élargie (Tarquinio et Montel, 2014) et pensée en des termes plus larges et plus adaptés à la relation clinique, non pas telle qu'on souhaiterait la voir sur le plan théorique, mais telle qu'elle est dans les faits. De ce point de vue la maladie qui survient, surtout si elle pose avec force un risque vital réel ou perçu par le malade peut s'envisager comme un traumatisme. C'est dans une telle perspective que la maladie, peut aussi être pensée. Elle n'est pas seulement facteur de stress, elle est aussi une dimension traumatique majeure susceptible d'ébranler les individus. Le modèle du développement post-traumatique peut alors devenir un levier théorico-clinique complémentaire susceptible d'aider les psychologues de la santé à mieux comprendre et prendre en charge les malades et leurs proches.

4.3 Changement de valeurs et adaptation

La confrontation à diverses situations considérées tantôt comme pathogènes ou traumatiques, tantôt comme stressantes peut également être analysée afin de dégager les formes d'adaptation et de transformation spécifiques qui sont alors à l'œuvre. Fischer (1994) parle de situations extrêmes. Elles désignent selon lui, un ensemble d'événements qui plongent des personnes ordinaires dans des conditions radicalement différentes de celles de leur vie habituelle. Ces situations peuvent être imposées, soit par des catastrophes naturelles ou accidentelles (tremblement de terre, inondations, incendies, crash d'avion) soit par des circonstances de la vie (maladies graves) soit par une volonté humaine (guerre, génocide, etc.). Dans tous les cas, ce sont des événements qui bouleversent la vie et menacent directement leur existence. C'est dans ce sens que Bettelheim a utilisé le terme de situation extrême pour désigner l'expérience des prisonniers dans les camps nazis :

« Nous nous trouvons dans une situation extrême quand nous sommes soudain catapultés dans un ensemble de conditions de vie où nos valeurs et nos mécanismes d'adaptation anciens ne fonctionnent plus et que certains d'entre eux mettent en danger la vie qu'ils étaient censés protéger. Nous sommes alors pour ainsi dire dépouillés de tout notre système défensif et nous touchons le fond ; nous devons nous forger un ensemble d'attitudes, de valeurs et de façons de vivre selon ce qu'exige la nouvelle situation » (Bettelheim, 1979).

Plusieurs aspects caractérisent ces situations. Tout d'abord, il s'agit la plupart du temps d'événements qui surviennent de manière brutale et soudaine, marquant ainsi une rupture radicale avec toute forme de vie antérieure. Ces situations imposent des changements tels que les individus ne disposent plus des ressources habituelles (matérielles, psychologiques, sociales, symboliques). Autrement dit, ils ne sont pas préparés à affronter de tels bouleversements. En effet, les apprentissages antérieurs, les acquis de l'expérience sont pour la plupart défaillants, car la vie ordinaire nous apprend seulement à faire face à ce qui est routinier et prévisible et non à l'imprévisible. Concernant la nature des bouleversements en jeu, ce ne sont pas seulement les conditions matérielles habituelles qui posent problème, c'est aussi notre manière de percevoir les événements et notre propre vie qui s'effondrent. Tous ces bouleversements se cristallisent autour d'un élément central et invariant, à savoir qu'ils mettent directement la vie en danger. Nous sommes face à l'extrême lorsqu'un événement comporte, d'une manière ou d'une autre, un risque réel de mort et pas seulement une situation vécue comme menaçante pour la vie. Ainsi qu'il s'agisse de maladie, de catastrophe, de guerre, d'agression,

toutes ces situations sont considérées comme extrêmes à partir du moment où elles comportent un tel risque vital.

Ensuite, toute situation extrême introduit également un ensemble de fractures dans l'expérience de vivre. Parmi ces lignes de fracture, il y a celle de la temporalité. En effet, l'extrême impose une tout autre manière de vivre le temps. Le temps ordinaire est stoppé, il devient sans horizon et parfois sans issue. Cette dimension se traduit par une perception nouvelle du déroulement même de la vie. Le temps est compté et la conscience soudaine de la fragilité de la vie est une manière de comprendre que le temps passe. Cela donne la mesure du temps qui reste à vivre. L'individu fait alors l'expérience éprouvante de sa propre finitude. À travers cette rupture dans le vécu temporel, se trouve battue en brèche notre illusion d'immortalité qui nous protège contre cette vérité insupportable : notre vie a une fin. Une deuxième ligne de fracture se révèle au niveau de l'identité. Du fait de leur confrontation à la mort, les individus se trouvent dépouillés de toutes les coquilles protectrices qui assurent leur stabilité et les insèrent dans des trames qui balisent leur chemin, leur imposent ce qu'ils ont à faire et leur renvoient une image de ce qu'ils sont. Ce déchirement de l'identité est lié à l'éclatement des cadres de référence qui nous ont fabriqués socialement à travers la conformité aux normes, la réponse aux attentes sociales, la dépendance aux pressions du groupe et de la société. À cet égard, toute situation extrême opère plus qu'un dévoilement, elle brise une identité acquise par les apprentissages sociaux sur le mode du prêt-à-porter social à l'intérieur duquel la conformité sociale se traduit par un désinvestissement de sa propre responsabilité face à l'engagement de chacun dans son existence.

Dans le contexte de l'extrême, les mécanismes de déstructuration de l'identité représentent en fait le révélateur d'un enjeu plus fondamental : celui de la mise en morceaux des valeurs qui fondent la vie de chacun. L'extrême constitue donc une expérience très singulière où l'éclatement du système des valeurs représente en même temps un enjeu de survie. En effet, l'expérience de l'extrême est une expérience de survie qui pose la question de l'adaptation en des termes inédits : le fait de vivre se définit ici comme une lutte contre la mort, c'est-à-dire fondamentalement une épreuve de résistance à des forces de destruction ; or dans un tel contexte, les moyens habituels à la disposition de l'individu sont défaillants. Celui-ci doit donc mobiliser des ressources qui, par définition, sont absentes. En réalité, l'extrême se trouve être un creuset de l'expérience humaine où se forge une faculté inédite de l'adaptation. De fait, c'est précisément là que l'être humain découvre en lui des ressources dont personne ne peut soupçonner ni la puissance, ni même l'existence.

Avec les situations extrêmes, de profonds changements psychiques apparaissent avec une remise en cause des anciennes valeurs, une redéfinition de l'importance

des choses et des événements. Pour Fischer (1994, 2014) ce sont des expériences de passage, non seulement d'un état à un autre, mais de passage intérieur vers nous-mêmes où se joue notre propre refondation, à partir d'autres repères, d'autres certitudes puisées au fond de notre âme et qui définissent ce que vivre signifie désormais pour nous.

Le fait de lutter pour survivre est à un titre ou à un autre relié à une raison de vivre. Mais il n'existe pas de raison de vivre toute faite venant de l'extérieur. Les raisons de vivre viennent d'un travail psychique par lequel les individus sont arrivés à identifier ce qui est vital pour eux. La situation extrême amène le sujet à discerner ce qui peut être vital dans cette situation et qui peut valoir le coup de se battre. Et le fait de répondre à cela va faire que les ressources nécessaires seront mobilisées pour résister. L'énergie nécessaire pour défendre ce qui est vital sera développée. L'adaptation en face à la maladie grave par exemple prend un relief crucial et doit être envisagée comme un mécanisme de survie et non plus comme un simple ajustement. Cet enjeu souvent vital confère à l'adaptation un contenu spécifique : la mobilisation de ressources psychiques qui n'ont aucune commune mesure avec les formes de l'adaptation dans la vie ordinaire et qui se révèlent comme l'expression d'un « ressort invisible ». Cela désigne à la fois les aspects multiformes de la plasticité humaine et ces ressources insoupçonnées qui se révèlent dans ces situations où la vie est ou a été menacée, comme une capacité humaine à transcender les contingences et les déterminismes. Il faut donc saisir leur dynamique comme directement liée à la nature des processus de survie qui comporte un double enjeu : d'une part, une expression de ressources insoupçonnées en tant que capacité humaine à résister à l'œuvre de destruction de l'événement qui s'impose à nous et, de l'autre, cette mobilisation même des ressources correspond à un profond réaménagement psychique qui se traduit, comme on va le voir, par une transformation de soi et une autre manière de vivre.

Ce qui se joue de ce point de vue dans les situations extrêmes, c'est qu'un certain nombre de ces valeurs vécues comme essentielles volent en éclats (Fischer et Tarquinio, 2002). Par conséquent, l'enjeu de l'adaptation se traduit dans le fait que la mobilisation des ressources représente alors une stratégie de survie qui se définit et implique le recours à d'autres valeurs, car le système de valeurs antérieures est mis en faillite du fait même de l'expérience extrême. Dans ces conditions, le recours à d'autres valeurs devient l'expression même de l'adaptation. Autrement dit, quelqu'un va s'adapter du fait que les ressources mobilisées vont faire appel à d'autres valeurs et lui permettre de vivre. Ce processus d'émergence d'autres valeurs représente à certains égards une condition même de la survie.

La relation entre adaptation et valeurs apparaît donc en raison d'une dynamique nouvelle où c'est la mobilisation même des ressources psychiques qui se traduit

par un changement du système de valeurs et c'est ce processus qui entraîne une transformation psychique à travers laquelle quelqu'un va faire face différemment à ce qui lui arrive, va apprendre à vivre avec sa maladie du fait que les choses n'ont plus la même importance pour lui, qu'il voit la vie sous un autre angle, qu'il prend tout simplement conscience de la valeur de la vie, de sa vie comme valeur.

Considérés ainsi à travers la relation qui se joue entre ressources psychiques et changement de valeurs, les processus d'adaptation à la maladie grave apportent un éclairage sur leurs enjeux spécifiques en tant que stratégies de survie et plus profondément sur l'expression de ce « ressort invisible » en nous.

Cette approche sur les valeurs donne des éléments de compréhension importants de ce qui se passe après la confrontation à un événement traumatique. C'est justement là où la vie fut détruite et le sujet mis en pièces, que l'on peut espérer quelque chose qui fera vivre.

Il n'en reste pas moins, qu'ici encore comme pour le développement post-traumatique, il est possible d'envisager que le chaos qu'impose le processus traumatique au sujet, soit en creux le lieu même où la vie va dessiner le chemin et les contours d'une transformation fondamentale inédite du sujet. Même le traumatisme le plus grave reste détenteur d'un espoir de vie.

Conclusion

Le champ de l'adaptation est complexe et ne peut se résoudre au seul coping si usité en psychologie de la santé. Rappelons que la notion de coping désigne un aspect du comportement humain par lequel un individu confronté à des événements de vie difficiles et éprouvants cherche à leur faire face par des réponses adaptées. En psychologie de la santé, le coping est un concept central qui correspond à un changement dans la manière de concevoir la question de l'adaptation lorsqu'un individu est exposé à une situation stressante : il ne reste habituellement pas passif par rapport à ce qui lui arrive, mais il essaie de lui faire face.

À partir du cadre élaboré par Lazarus et Folkman (1984), le coping a été étudié comme un modérateur des impacts psychosociaux d'une situation stressante sur un individu. Les différentes stratégies de coping ont permis de montrer que les caractéristiques objectives de la situation ne sont pas forcément les plus importantes, mais que c'est la façon dont un individu réagit qui devient essentielle. Cette manière de réagir peut prendre des formes très diverses et s'exprimer à des niveaux

également différents : comportemental par la recherche d'informations, d'aide, etc., cognitif par l'évaluation de la situation, émotionnel par l'expression de différents affects : peur, colère, anxiété. À travers ces modalités d'expression, l'individu essaie d'agir, de réagir pour supporter ce qui lui arrive de pénible, voire d'insupportable.

La notion de mécanisme de défense tient aussi dans ce domaine une place importante et ne doit pas être négligée. Cette notion est le plus souvent utilisée dans une perspective psychanalytique afin de désigner, dans un sens large, la lutte du moi contre les idées et affects indésirables. Il s'agit de mécanismes dont l'individu n'a pas forcément conscience et par lesquels il essaie de faire face à des conflits intrapsychiques, en cherchant à se protéger et à diminuer les affects négatifs. Les deux notions de coping et de mécanismes de défenses sont psychologiquement assez proches l'une de l'autre et constituent les deux versants d'un même processus adaptatif.

Cependant, d'autres processus adaptatifs peuvent être convoqués en psychologie de la santé afin de mieux situer les ajustements des malades. La résilience, rendue célèbre en France par Boris Cyrulnik en est une illustration, le Post Traumatic Growth ou la théorie des valeurs évoquées dans ce texte en sont de bonnes illustrations. En effet, si ces approches ne s'opposent pas au coping, elles insistent sur le fait qu'il est des situations si bouleversantes et si terribles dans la vie des hommes que tout est alors susceptible de voler en éclats. Il nous est en effet possible dans certaines situations de composer avec la réalité, de s'en accommoder, voire de « se débrouiller » avec ce qui est disponible. À l'inverse il est des situations qui font tout voler en éclat et qui ne laissent comme option que de tout réinventer et reconstruire. Il s'agit alors de dépasser celui que l'on était et de transcender tout ce qui jusque-là nous constituait, pour survivre. Il est donc essentiel de faire la différence entre ce qui relève de l'épreuve¹ ou des situations extrêmes² et des situations ordinaires qui peuvent aussi être douloureuses (et qu'il ne faut pas relativiser), mais qui ne se superposent pas les unes sur les autres.

1. Les épreuves désignent des situations qui mettent notre vie physique et/ou psychique en péril, nécessitent pour être dépassées la mobilisation de ressources nouvelles, souvent inédites.
2. Les situations extrêmes désignent, un ensemble d'événements qui plongent des personnes ordinaires dans des conditions radicalement différentes de celles de leur vie habituelle.

CONCEPTS CLÉS

⇒ **Adaptation** : processus dynamique de changement lié aux capacités innées ou acquises d'un individu ou d'un groupe de réagir à des agressions externes ou internes, des contraintes ou des conflits en cherchant à réduire ou à éliminer leurs conséquences défavorables par des ajustements divers permettant de survivre et de créer un nouvel équilibre compatible avec sa survie.

⇒ **Coping** : ensemble de moyens et d'efforts comportementaux, cognitifs et émotionnels mis en œuvre pour affronter, supporter ou tolérer des événements perçus comme menaçants ou dépassant les ressources d'un individu.

⇒ **Mécanismes de défense** : forme d'adaptation le plus souvent inconsciente par laquelle le moi se protège contre des dangers extérieurs ou intérieurs vécus comme menaçants en cherchant à maintenir les émotions, les pensées douloureuses et l'anxiété dans des limites supportables pour lui.

⇒ **Résilience** : capacité d'une personne ou d'un groupe, à continuer à bien se développer et à envisager l'avenir malgré les épreuves, les traumatismes et les événements déstabilisants. Il s'agit d'un processus adaptatif dynamique et positif convoqué dans un contexte d'adversité significatif.

⇒ **Situations extrêmes** : ensemble d'événements qui plongent des personnes ordinaires dans des conditions radicalement différentes de celles de leur vie habituelle. Ces situations peuvent être imposées, soit par des catastrophes naturelles ou accidentelles (tremblement de terre, inondations, incendies, crash d'avion), soit par des circonstances de la vie (maladies graves), soit par une volonté humaine (guerre, génocide, etc.). Dans tous les cas, ce sont des événements qui bouleversent la vie et menacent directement leur existence.

Lectures conseillées

CHABROL, H. et CALLAHAN, S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Paris : Dunod.

CYRULNIK, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob.

FISCHER, G.N. (2014). *Le ressort invisible. Vivre l'extrême*. Paris : Dunod

FREUD, A. (1936). *Le Moi et les mécanismes de défense*. Paris : PUF, 1996.

TARQUINIO, C. et SPITZ, E. (2012). *Psychologie de l'adaptation*. Bruxelles : De Boeck.

ZEIDNER, M. et ENDLER, N.S. (1996). *Handbook of coping : Theory, Research, Application*. New York : Wiley.

Bibliographie

- ABRAIDO-LANZA, A.F., GUIER, C. et COLON, R.M. (1998). Psychological thriving among Latinas with chronic illness. *Journal of Social Issues*, 54, 405-424.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e éd. (DSM-IV), Am. Psych. Ass., Washington, 1 vol.
- ANAUT, M. (2003). *La résilience, surmonter les traumatismes*. Paris: Nathan Université.
- ANTONOVSKY, A. (1990). Personality and health: Testing the sense of coherence model. In H. Friedman (ed.), *Personality and Disease*. New York: John Wiley, 155-177.
- BANDURA, A. (2007). Auto-efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle. Bruxelles: De Boeck.
- BETTELHEIM, B. (1979). *Survivre*. Paris: Laffont.
- BIBRING, H. (1943). The conception of the repetition compulsion. *Psycho-analytic Quarterly*, XII, 4.
- BONSACK, C., DESPLAND, J.N. et SPAGNOLI, J. (1998). The french version of the defense style questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 24-30.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod.
- CARVER, C.S., et CONNOR-SMITH, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
- CARVER, C.S., WEINTRAUB, J.K. et SCHEIER, M.F. (1989). Assessing coping strategies: a Theorically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- COHEN, S. et HERBERT, T.B. (1996). Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.
- CORRAZE, J. (1992). *Psychologie et médecine*. Paris: PUF.
- COUSSON, F., BRUCHON-SCHWEITZER, M., QUINTARD, B., NUISSIER, J. et RASCLE, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping: validation française de la WCC (*Ways of Coping Checklist*). *Psychologie Française*, 41 (2), 155-163.
- CYRULNIK, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris: Odile Jacob.
- DALMESE, D. et TARQUINIO, C. (2012). Questions d'adaptation: réflexions et ouvertures. In C. Tarquinio et E. Spitz (éds.), *Psychologie de l'adaptation*. Bruxelles: De Boeck.
- ENDLER, N. et PARKER, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- LAZARUS, R.S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55 (6), 665-673.
- ERIKSEN, H.R., OLFF, M. et URSIN, H. (1997). The code: A revised battery for coping and defense and its relations to subjective health. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38, 175-182.
- FISCHER, G.N. (2014). *Le ressort invisible. Vivre l'extrême*. Paris: Dunod.
- FISCHER, G.N. (2008). *L'expérience du malade: l'épreuve intime*. Paris: Dunod.
- FISCHER, G.N. et TARQUINIO, C. (2002). L'expérience de la maladie: ressources psychiques et changement de valeurs. In G.N. Fischer (éd.), *Traité de psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- FRANKL, V.E., (1963). *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*. New York: Washington Square Books.
- FREUD, A. (1936). *Le Moi et les mécanismes de défense*. Paris: PUF.

- FREUD, S. (1894). *Les psychonévroses de défense. Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF.
- FOLKMAN, S. (1984). Personal control and stress and coping processes : a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 839-852.
- FOLKMAN, S. et LAZARUS, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- GREER, S., MORRIS, T. et PETTINGALE, K.W. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *The Lancet*, 13, 785-787.
- HAWLEY, D.R. et DEHOAN, L. (1996). Toward a definition of family resilience : integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, 35, 283-298.
- HOLAHAN, C.J. et MOOS, R. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 946-955.
- KOBASA, S.C. (1982). The Hardy Personality : towards a social psychology of stress and health. In G.S. Sanders et J. Suls (eds.), *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale : NJ. Erlbaum.
- LAGACHE, D. (1957) Fascination de la conscience par le Moi. In *La Psychanalyse*. Paris : PUF.
- LAPLANCHE, J. et PONTALIS, J.B. (1968). *Vocabulaire de psychanalyse*. Paris : PUF.
- LAZARUS, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York : Mc Graw Hill.
- LAZARUS, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions : A history of changing outlooks. In L.W. Porter et M.R. Rosenzweig (eds.), *Annual Review of Psychology*, 44, p. 1-21. Palo Alto, CA : Annual Reviews.
- LAZARUS, R.S. et FOLKMAN, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer.
- LAZARUS, R.S. et LAUNIER, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L.A. Pervin et M. Lewis (eds.), *Perspectives in interactional psychology*. New York : Plenum.
- LECHNER, S., STOELB, B. et ANTONI, M. (2008). *Group-based therapies for benefit finding in cancer*. In S. Joseph et A. Linley (eds.), *Trauma, recovery, and growth : Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*.
- LECOMTE, J. (2004). *Guérir de son enfance*. Paris : Odile Jacob.
- LÖSEL, F. et BLIESENER, T. (1994). Some high risk adolescents do not develop conduct problems : a study of protective factors. *International Journal of Behavioral Development*, 17, 753-777.
- LUTHAR, S.S., CICCHETTI, D. et BECKER, B. (2000). The construct of resilience : A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- MAES, S., LEVENTHAL, H. et DE RIDDER, D.T.D. (1996). Coping with Chronic Diseases. In M. Zeidner et N. Endler (eds.), *Handbook of Coping : Theory, research, applications*. New York : Wiley, 221-251.
- MANCIAUX, M. (2001). La résilience : Un regard qui fait vivre. *Etudes*, 395 (10), 321-330.
- MARX, E.M. et SCHULZE, C.C. (1991). Interpersonal problem-solving in depressed students. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 361-367.
- MARTIN, L.L. et TESSER, A. (1996). Clarifying our thoughts. In *Ruminative thoughts : Advances in social cognition*, vol. 9, p. 189-209. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- MOOS, R.H. et SCHAEFER, J.A. (1993). Coping resources and processes : Current concepts and measures. In L. Goldberger, S. Breznitz (eds.), *Handbook of stress* (p. 234-257). New York : Free Press.
- MULLER, L. et SPITZ, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping : validation du *Brief COPE* sur une population française. *L'Encéphale*, XXIX (1), 507-518.
- PARK, C.L., COHEN, L. et MURCH, R. (1996). Assessment and prediction of stress

- related growth. *Journal of Personality*, 71-105.
- PARKER, J.D.A. et ENDLER, N.S. (1996). Coping and defense: A historical overview. In M. Zeidner et N.S. Endler (eds.), *Handbook of coping: Theory, research and applications*. New York: John Wiley and Sons.
- PAULHAN, I. (1992). Le concept de coping. *L'Année Psychologique*, 92, 545-557.
- PAULHAN, I. et BOUGELOIS, M. (1995). *Stress et coping: les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris: PUF.
- RICHARDSON, G.E. (2002) The meta-theory of resilience and resiliency *Journal of Clinical Psychology*, 58, 307-321.
- RUTTER, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 316-331.
- SULS, J. et FLETCHER, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies. *Health Psychology*, 4, 249-288.
- TARQUINIO, C. et MONTEL, S. (2014). *Les psychotraumatismes*. Paris: Dunod.
- TARQUINIO, C. et SPITZ, E. (2012). *Psychologie de l'adaptation*. Bruxelles: De Boeck.
- TISSERON, S. (2007). *La résilience*. Paris: PUF.
- TISSERON, S. et CYRULNIK, B. (2007). Controverse: La résilience en question. In J. Aïn (éd.), *Résilience*. Paris: Eres.
- VAILLANT, G.E., BOND, M. et VAILLANT, C.O. (1986). An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 43, 786-794.
- VITALIANO, P.P., RUSSO, J., CARR, J.E., MAIURO, R.D. et BECKER, J. (1985). The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
- VYGOTSKI, L. (2003). *Conscience, inconscient, émotions*. Paris: La Dispute.
- WATSON, M., GREER, S., YOUNG, J., INAYANT, Q., BURGESS, C. et ROBERTSON, B. (1988). Development of a Questionnaire Measure of Adjustment to Cancer: the MAC Scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.
- WERNER, E.E. et SMITH, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: Mac Graw-Hill.
- WERNER, E.E. et SMITH, R.S. (1991). *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. London: Cornelle University Press.

Chapitre 5

Psychologie de la maladie



Sommaire

1. Les conceptions de la maladie	147
2. La psychologie de la maladie et du malade	154
Conclusion.....	167
Lectures conseillées	169
Bibliographie	169

La maladie est un objet d'étude essentiel en psychologie de la santé. Elle y est appréhendée non seulement comme un état pathologique lié au dysfonctionnement, ainsi qu'à la modification des organes et des cellules du corps, mais aussi comme un événement déterminé par les facteurs psychologiques et sociaux qui interviennent dans le fait d'être malade.

Pour la psychologie de la santé, la maladie est un événement stressant qui atteint une personne à la fois au niveau biologique et au niveau psychologique ; elle est souvent vécue comme un ébranlement. Cette discipline privilégie l'étude du rôle et de l'importance des facteurs psychosociaux impliqués dans les divers stades d'évolution d'une maladie.

La notion de maladie est un terme général qui recouvre une multiplicité d'atteintes organiques ou fonctionnelles qui vont des plus bénignes aux plus graves, des plus courtes aux plus longues, des curables aux incurables. Dans ce sens, les concepts de maladie désignent habituellement le caractère aigu d'une pathologie à la différence de son caractère chronique.

À cet égard, les maladies chroniques peuvent être considérées comme un ensemble de pathologies hétérogènes parmi lesquelles les maladies infectieuses (transmissibles par un agent viral, bactérien ou autre) et les maladies non transmissibles. En pratique, la notion de maladies chroniques fait le plus souvent référence aux maladies non transmissibles, telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète, etc. Les maladies infectieuses sont le plus souvent aiguës, bien que certaines, telles que le sida ou certaines hépatites virales, puissent devenir chroniques.

À ce jour, il n'existe pas de formulation unanime pour caractériser la maladie chronique. Chaque pays ou institution, développe souvent sa propre définition.

Pour la *National Library of Medicine* (États-Unis), les maladies chroniques, se définissent (Oates et Tracey, 2005) à partir de plusieurs caractéristiques : « Elles sont permanentes, laissent une invalidité résiduelle, sont causées par des altérations pathologiques non réversibles, nécessitent une formation particulière du patient pour sa réadaptation, ou exigent une longue période de surveillance, d'observation, ou de soins. »

En 1996, la Commission européenne a initié la réalisation d'un glossaire multilingue portant sur des termes de santé publique et de promotion de la santé (Rusch, 2003). Ce glossaire conçoit la maladie comme une entité « qui évolue à long terme, souvent associée à une invalidité ou à la menace de complications sérieuses, et susceptible de réduire la qualité de vie du patient ». C'est cette définition qui en France, a par ailleurs été retenue par la Haute Autorité de santé.

Dans un numéro spécial (HCSP, 2009) sur les maladies chroniques de la revue *Actualité et dossier en santé publique*, un article d'introduction a tenté de définir la maladie chronique (Agrinier et Rat, 2010). Les auteurs distinguent à cet égard les approches par pathologies, qui correspondent à la Classification internationale des maladies (CIM), les approches par conséquences, qui s'inspirent des classifications autour du handicap (Classification internationale des déficiences, incapacités et du handicap ou CIDH puis la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (ou CIF¹).

Nelly Agrinier et Anne-Christine Rat (2010) ont ainsi cherché à construire une définition de la maladie chronique. Considérant les approches par pathologies comme trop restrictives car ne pouvant rendre compte de la totalité des maladies chroniques, elles proposent une définition transversale de la maladie chronique, plutôt axée sur les conséquences de la maladie, que sur ses causes.

Cette définition sera d'ailleurs celle retenue par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP, 2009). Cette dernière s'articule autour de plusieurs critères :

- la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ;
- une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle ;
- un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants : une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale ; une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle ; la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

Ce chapitre s'attachera dans un premier temps à identifier les contours de ce qu'est la maladie chronique. Il s'agira tout d'abord de présenter les différentes

1. Cette classification est la révision de la Classification des handicaps (CIH) publiée pour la première fois par l'OMS en 1980. La CIF a été entérinée par la cinquante-quatrième Assemblée mondiale de la santé le 22 mai 2001. Elle s'inscrit parmi les diverses classifications de l'OMS, et s'articule notamment avec la Classification internationale des maladies (CIM-10) qui classe les problèmes de santé (maladies, troubles, lésions et traumatismes). La CIM-10 permet de poser un diagnostic des maladies, troubles ou autres problèmes de santé, alors que la CIF classifie les « composantes de la santé », qu'elle décrit en termes de domaines de la santé (vision, audition, marche, apprentissage, mémoire...) et de domaines connexes de la santé (mobilité, éducation, interactions en société...). Ainsi, alors que l'ex-CIH (déficiences, incapacités, désavantages) s'intéressait essentiellement aux conséquences d'une maladie, la CIF a pour ambition de donner une image plus large de la santé d'une personne, en permettant d'appréhender l'ensemble des facteurs intrinsèques et extrinsèques intervenant dans son état de santé. La CIF ne concerne donc pas uniquement les personnes handicapées mais tout le monde.

conceptions de celle-ci. Quoi de plus simple à comprendre et à saisir que la maladie ? Nous verrons qu'il n'en est rien et qu'il est à vrai dire difficile de s'y retrouver. Selon les approches et les disciplines, il est possible de dessiner des contours bien différents à cet objet. Qu'il s'agisse des sciences médicales ou des sciences humaines ce concept comme celui de santé semble échapper à ceux-là mêmes qui tentent de l'appréhender. Nous proposerons également quelques définitions de la maladie qui, comme nous le montrerons, sont ici encore loin de faire consensus.

Dans une seconde partie nous parlerons de la psychologie du malade et de la maladie. Tomber malade s'inscrit dans une dynamique processuelle qu'il convient d'identifier. Bien entendu, il n'y a pas de règles strictes et les variations interculturelles ou interpersonnelles sont nombreuses. Mais entre les réactions des malades aux symptômes et le stade terminal par exemple il existe des étapes qu'il convient de connaître et qui peuvent guider le psychologue de la santé dans l'aide qu'il apporte aux malades. La maladie, comme nous l'évoquerons, est aussi une épreuve particulière. Elle provoque des bouleversements identitaires et des valeurs et oblige à puiser au fond de soi ou de son entourage les ressources pour faire face et s'adapter.

1. Les conceptions de la maladie

La maladie est désignée communément comme une altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution ; elle est souvent envisagée comme une entité pathologique autonome. Elle comporte trois dimensions distinctes et complémentaires : un état de modification de l'organisme, une entité taxonomique relative à une pathologie déterminée et une situation concrète affectant une personne donnée.

En outre, la maladie apparaît comme une catégorie axiologique qui traduit une dimension évaluative exprimée dans le fait d'être atteint par un mal. La maladie peut donc être appréhendée selon plusieurs registres. La distinction introduite par Eisenberg (1977) est, de ce point de vue, particulièrement intéressante car elle met l'accent sur trois aspects essentiels :

- la maladie comme *disease* désigne ses dimensions biologiques et renvoie aux dysfonctionnements des organes et du système physiologique ; c'est la maladie dans son acception biomédicale ; elle indique le fait « d'avoir une maladie » ;
- la maladie comme *illness* concerne l'expérience vécue et se rapporte aux réactions culturelles, personnelles et interpersonnelles à la maladie, à l'expérience

humaine de la maladie (Kleinman *et al.*, 1978); cette dimension traduit le fait qu'« on est malade »;

- la maladie comme *sickness* définit l'aspect social de la maladie et met l'accent sur le cheminement d'un individu lorsqu'il est malade, ainsi que sur les processus de socialisation qui lui sont liés; cette dimension recouvre l'idée qu'« on est un malade ».

Ces différentes acceptions traduisent l'aspect multidimensionnel de la maladie qui ne se réduit pas à une définition purement biomédicale. À partir de ces indications générales, nous développerons plusieurs conceptions de la maladie : hippocratique, anthropologique, biomédicale actuelle et psychologique.

1.1 La conception hippocratique

Né dans l'île de Cos en 460 avant J.-C., Hippocrate est considéré comme le père de la médecine. Il a développé un corpus de connaissances dans lequel il a présenté une conception de la maladie qui servira longtemps de base à la médecine.

Selon lui, la maladie doit être envisagée comme une entité globale à partir d'une compréhension de l'homme et de sa place dans le cosmos. On ne peut juger les diverses parties du corps sans connaître le tout, et cette globalité du corps humain est elle-même indissociable de son milieu. Une trame complexe relie donc l'homme à l'ensemble ordonné de l'univers.

L'approche hippocratique de la maladie repose sur une conception du corps humain composé de parties solides d'un côté et d'humeurs, tel la bile ou le phlegme, de l'autre. À partir de là, il conçoit la maladie comme une perturbation des rapports harmonieux entre l'homme et son milieu, ainsi que comme une rupture de l'équilibre entre les diverses parties du corps humain.

Le fondement de cette conception réside dans son analogie avec la guerre. En effet, pour Hippocrate, la maladie est un combat mené par les forces corporelles contre les influences externes nocives; son fond caché, c'est un déséquilibre des humeurs, provoqué par les diverses parties du corps. La maladie n'est donc pas une souffrance passive, mais un combat qui se définit comme un mouvement vers la guérison. La maladie est alors l'objet d'une interprétation fonctionnelle et dynamique : le processus pathologique est expliqué en distinguant l'étiologie de la pathogenèse. L'étiologie concerne les causes externes qui englobent les facteurs météorologiques au sens ancien du terme (aussi bien atmosphériques qu'astro-nomiques), l'alimentation, l'idiosyncrasie, le mode de vie, l'hérédité et les facteurs psychologiques.

La pathogenèse concerne les processus internes par lesquels s'opère ce déséquilibre et par lesquels le mal modifie le corps, ce processus évoluant soit vers la mort, soit vers la guérison. La maladie est ainsi appréhendée comme un processus de perturbation et de transformation d'un équilibre, qui est scandé par des crises, à intervalles réguliers, qui se traduisent par des « dépôts » (apostases), par des « déplacements » (métastases) ou par l'évacuation des humeurs nuisibles.

La maladie est donc un événement dont il faut saisir, par un pronostic, l'évolution des diverses phases dans le temps. Autrement dit, c'est à la condition d'intégrer les manifestations pathologiques dans une perspective temporelle, qu'on peut véritablement les interpréter, ces états pathologiques étant appréhendés à travers une vision globale du corps et de la personnalité du malade.

Mais, au préalable la maladie doit, selon Hippocrate, faire l'objet d'un diagnostic. Il consiste à effectuer, parmi la multitude des symptômes existants, des regroupements plus ou moins clairement définis : ce sont les espèces nosologiques auxquelles est spécifiquement attribué le qualificatif de telle ou telle maladie ou affection (*pathos* en grec).

En conséquence, la maladie doit toujours être située dans un triangle composé de trois éléments indissociables : le médecin, le malade et la maladie. Cette vision se concrétise notamment dans l'observation clinique préconisée par Hippocrate : il recommande en effet d'observer d'abord le milieu physique et social, de noter ensuite le comportement du malade, de s'intéresser enfin à l'état de son esprit. Après cette observation générale, commence seulement l'examen du corps.

La conception hippocratique de la maladie se caractérise ainsi par plusieurs aspects essentiels : la maladie n'existe pas en tant qu'entité mais seulement en tant qu'outil intellectuel permettant de saisir le déséquilibre de processus liés eux-mêmes à la régularité de processus naturels. Ce qui est donc étudié et traité, ce sont les malades et non les maladies.

Cette conception de la maladie sera considérée à partir du XIX^e siècle comme un système médical préscientifique et ses postulats abandonnés au profit d'une conception « scientifique » de la médecine centrée essentiellement sur la maladie.

1.2 La conception scientifique et biomédicale

La médecine scientifique actuelle développe une conception essentiellement biomédicale de la maladie. Elle la définit comme une « altération de la santé comportant un ensemble de caractères définis : une cause, des signes et des symptômes, une évolution et des modalités thérapeutiques et pronostiques précises » (*Nouveau Larousse médical*).

La maladie est alors envisagée comme la conséquence d'agents pathogènes externes (virus, infections, etc.) ou internes (déséquilibre biochimique). Elle est donc conçue comme un désordre, un dysfonctionnement de l'organisme provoqué par divers agents à l'origine d'une affection plus ou moins grave.

Ce modèle est plus centré sur la pathologie de l'organisme que sur le malade. La maladie y est appréhendée en termes objectifs qui considèrent des indicateurs à partir des examens biologiques et de leurs résultats. Par exemple, dans le cas d'une pathologie cancéreuse, l'approche biomédicale s'intéresse d'abord aux différentes caractéristiques de mutations des cellules normales en cellules cancéreuses, et sur ces bases, elle met au point différents protocoles thérapeutiques.

Les avancées de la biologie moléculaire et de la neurobiologie montrent les nouvelles orientations de cette conception biomédicale de la maladie axée sur la recherche d'un ou de plusieurs gènes en cause dans le déclenchement et l'apparition d'une maladie, tendant à l'expliquer essentiellement par le gène qui l'a provoquée. Les maladies sont ainsi désignées selon une terminologie scientifique liée aux avancées de la recherche biomédicale, qui s'impose à une large opinion comme la conception dominante des maladies.

En conséquence, c'est la définition de la maladie selon une approche fondée sur une vision scientifique qui constitue aujourd'hui le schéma explicatif principal des maladies.

1.3 La conception anthropologique

Les études et recherches sur la santé et la maladie dans des sociétés traditionnelles, où le modèle scientifique de la médecine et de la maladie n'est pas encore dominant, sont effectuées par une discipline théorique et appliquée : l'anthropologie de la santé. Celle-ci peut être définie comme l'étude des processus socioculturels qui déterminent la compréhension de la santé et de la maladie, ainsi que les comportements liés à la maladie dans une société donnée.

L'anthropologie de la santé est le plus souvent désignée par le terme d'anthropologie médicale (*medical anthropology*) dans les travaux anglo-saxons. Ces approches se sont en fait centrées sur les comportements des malades, l'apparition des maladies, les pratiques de prévention et de soins, dans la mesure où ils sont influencés par divers facteurs culturels.

Les recherches françaises se sont, quant à elles, développées autour du concept d'anthropologie de la maladie, à l'intérieur duquel la maladie est considérée comme le champ par excellence où se rencontrent deux types de connaissances

et de significations: celui du médecin, d'un côté, et celui du malade, de l'autre (Laplantine, 1992).

Deux aspects, parmi les plus importants, permettent de caractériser la conception anthropologique de la maladie: ce sont l'importance des facteurs culturels, d'une part, et le rôle des valeurs, d'autre part. Dans ce domaine en effet, les recherches ont mis en évidence l'importance des facteurs culturels dans les maladies: la notion de culture, d'univers culturel ou de système culturel y désigne des éléments de croyances, d'attitudes, de comportements qui servent à exprimer des significations explicites ou implicites attribuées à la maladie.

L'univers culturel constitue ainsi un système de savoirs socialement partagés qui permet à un individu, à un groupe ou une société de construire des modèles explicatifs sur les causes, les symptômes, l'évolution et le traitement d'une maladie. Ce type de savoir forgé par un univers culturel n'est ni une forme appauvrie, ni une distorsion des connaissances scientifiques liées au savoir médical: il constitue un mode de compréhension spécifique de la maladie.

À côté des facteurs culturels, l'idée de valeur éclaire un autre aspect de la conception anthropologique de la maladie. Elle met l'accent sur ce qui a de l'importance dans la situation.

De façon générale, la valeur désigne l'importance accordée à un objet, une situation, un événement, une personne; elle comporte une dimension évaluative liée aux croyances sociales et établit ainsi une différenciation, voire une opposition entre ce qui est prioritaire et secondaire, important et accessoire, significatif ou insignifiant.

Les valeurs peuvent être définies de façon plus précise comme un ensemble de croyances servant à déterminer le caractère désirable ou indésirable de nos actions, de nos buts et des moyens mis en œuvre pour y parvenir. Ces croyances ont un sens normatif dans la mesure où elles servent de critères pour fixer le bien-fondé des préférences et des choix face à des événements ou des situations jugées comme bonnes ou mauvaises, souhaitables ou non. Facteurs culturels et valeurs constituent un ensemble plus ou moins structuré d'éléments en œuvre dans la manière de comprendre et de traiter la maladie.

1.4 La maladie en psychologie de la santé

Il n'existe pas de conception homogène, ni de définition établie de la maladie en psychologie de la santé. La maladie est plutôt l'objet de conceptions éclatées liées aux orientations particulières des études sur une pathologie donnée. Nous présenterons donc deux axes qui sont chacun de nature à éclairer un aspect de la maladie.

Le premier axe considère la maladie à partir du modèle biopsychosocial. Dans ce cadre, le déclenchement et l'évolution d'une pathologie organique sont étudiés à partir de l'interaction de certains facteurs biologiques avec des facteurs psychologiques. Dans cette perspective, la maladie est envisagée comme une forme de pathologie organique correspondant à une situation provoquée par des influences interdépendantes de facteurs psychosociaux et de facteurs biologiques.

La prise en compte de ces processus est illustrée par deux orientations complémentaires :

- La première propose **une compréhension des maladies à partir de l'influence des systèmes nerveux et endocrinien sur le système immunitaire**. Dans cette conception, certains facteurs psychosociaux sont considérés comme intervenant dans les processus neuro-endocrino-immunitaires en œuvre dans le développement de certains cancers, par exemple.
- La seconde présente **une compréhension de la maladie à partir et en liaison avec le stress et des émotions négatives** ; dans ce sens, une maladie est envisagée à la fois à partir des facteurs de stress définis comme facteurs déclencheurs et en tant qu'événement stressant en soi. L'approche de la maladie comme événement stressant a permis de distinguer les situations où le stress est bas et d'autres où le stress est élevé. En outre, il existe souvent un lien entre stress et émotions négatives telles que la dépression, le deuil ou la répression habituelle des émotions.

Le second axe repose sur une conception subjective de la maladie, c'est-à-dire basé sur des explications et des interprétations que les malades eux-mêmes avancent à propos de leur maladie : ce sont donc des conceptions élaborées par les patients eux-mêmes au sujet de leur propre maladie. Elles s'appuient sur un ensemble de croyances liées à l'expérience vécue et à la signification qu'elle a pour la personne concernée.

Ces conceptions subjectives ont été définies par le terme de « théories profanes » des maladies opposées aux conceptions scientifiques et biomédicales pour mettre en évidence et souligner l'importance accordée par le malade à ce qui lui arrive et non pas cantonner la maladie dans la définition purement objective et scientifique d'une pathologie (Pédinielli, 1999).

Encadré 5.1 - Les théories profanes

La notion de représentation propre de sa maladie, par le patient, est un objet d'étude important en psychologie clinique et psychopathologie. Pédinielli a défini la maladie, vue par le malade, comme « une expérience individuelle comportant des retentissements psychologiques, sociaux, culturels » et a décrit les représentations





individuelles originales des patients qui en résultent, comme des « théories » (Pédinielli, 1999). Ces théories, appelées « profanes » (par opposition à savantes) ou personnelles, sont fondées sur des représentations sociales partagées, qui ont été décrites de manière empirique dans une perspective anthropologique ou sociale et juxtaposent les ambiguïtés du discours scientifique ou encore des symboliques culturelles fortes comme, par exemple, celle du sida (Jodelet, Ohana, Biadi, Rikou, 1995) ou du cancer (Pierron, 2007), et des conceptions originales, construites par l'individu. Elles sont souvent en contradiction avec les conceptions médicales que l'individu n'accepte alors que partiellement, et qui influent alors fortement sur la représentation de la maladie. D'une certaine manière ces aménagements psychologiques de la maladie relèvent à n'en pas douter d'une démarche adaptative. Ajuster, dédramatiser ou encore incarner la maladie sont autant de dispositions susceptibles de favoriser une capacité à vivre la maladie ou à vivre avec !

Les diverses conceptions de la maladie qui viennent d'être présentées montrent combien il s'agit d'une réalité complexe, tant du point de vue biologique que psychologique. Si certaines définitions mettent l'accent sur les déterminants biologiques, d'autres insistent sur les facteurs psychosociaux ou sur les dimensions culturelles.

Si la conception scientifique et biomédicale est aujourd'hui dominante et tend même à se développer, celle qui est proposée en psychologie de la santé, privilégie plutôt une interdépendance des facteurs psychosociaux et biologiques. Dans cette perspective c'est le vécu subjectif qui est de plus en plus pris en compte. En atteste le développement du concept de qualité de vie que l'on retrouve dans la plupart des recherches en psychologie et en médecine.

Encadré 5.2 - La qualité de vie

La qualité de vie est un concept récent qui, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est définie comme « la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent en relation avec leurs buts, leurs attentes, leurs normes et préoccupations ». Les déterminants de la qualité de vie sont multiples : « C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement » (Nutbeam, 1999). La qualité de vie a donc l'ambition d'intégrer des aspects perceptuels, élargissant ainsi l'appréhension de la santé. Elle se fonde largement sur la définition de l'OMS, qui ne considère pas la santé comme une simple absence de maladie, mais comme « un état de bien-être physique, psychologique et social ».

2. La psychologie de la maladie et du malade

La psychologie de la santé étudie la maladie à partir de ses principales caractéristiques psychosociales. Pour la clarté de l'exposé, nous nous référerons ici à un type de maladie spécifique qui est le cancer. Celui-ci a été défini comme « un groupe de maladies pouvant atteindre tous les organes du corps, dues à la prolifération de cellules dégénérées et dont le pronostic, en l'absence de traitement, est généralement mortel » (Khayat, 2003).

Cette définition médicale met l'accent essentiellement sur les mécanismes biologiques d'activation de l'ontogenèse (du grec *oncos*, tumeur). La psychologie de la santé, quant à elle, prend en compte d'autres facteurs pour définir le cancer en particulier et la maladie grave en général.

2.1 Stades d'évolution et réactions à la maladie

La psychologie de la santé apporte des éclairages complémentaires sur les caractéristiques psychosociales des stades d'évolution de la maladie, d'une part, et sur les réactions psychologiques directement liées à ces phases, d'autre part. Nous évoquerons ici deux aspects principaux, les symptômes et la réaction aux symptômes d'une part, la consultation médicale et le diagnostic d'autre part.

2.1.1 Symptômes et réactions aux symptômes

Le symptôme désigne un ensemble de signes ou d'indices qui caractérisent le fait qu'une personne est malade : fatigue, douleur, perte d'appétit, etc. Les symptômes déclenchent un ensemble de réactions psychologiques parmi lesquelles la peur et la panique. Cela peut aussi avoir pour effet le développement d'une psychopathologie réactionnelle assez bien identifiée maintenant et qui peut s'exprimer sous forme dépressive, anxieuse ou psychotraumatique.

L'ensemble des réactions aux symptômes a été défini par le concept de « comportement de maladie » (Mechanic, 1962). Il se réfère aux réactions des individus et à leurs propres symptômes, ainsi qu'aux réponses du milieu social à de telles manifestations corporelles (Corraze, 1992). Des recherches ont accordé une attention particulière à l'étude des réactions psychologiques aux premiers symptômes et ont observé l'importance et le rôle de ce qu'on appelle le comportement de retard (*lagtime*).

Ce concept désigne les manifestations psychologiques qui se situent entre le moment où une personne ressent les premiers symptômes et le moment où elle va

consulter un médecin. Selon certaines études, il existe un délai entre les premiers symptômes et le moment où l'on va consulter : une fourchette moyenne de 7 à 10 mois a été observée dans des cas de cancer du côlon, un délai de 3 mois dans certains cancers du sein. Plusieurs formes de ce comportement de retard ont pu également être distinguées dans le cas de l'infection au VIH : d'abord, un délai entre le moment de la contamination et celui de la perception du symptôme ; ensuite, un délai entre la conscience du risque encouru et le moment où l'on effectue un test de dépistage ; enfin, un délai entre le test et les premiers soins (Samet *et al.*, 2001).

On explique ce type de comportement par :

- des **facteurs socioculturels** liés au niveau et à la catégorie socio-économique, qui déterminent un rapport à l'information, une perception du risque, un rapport au milieu médical ;
- des **facteurs psychologiques** ; dans les cas de cancers, les symptômes vont être attribués à d'autres causes comme des affections plus bénignes ; dans d'autres cas, la personne tend à nier la réalité du cancer en évitant le terme cancer ou au contraire elle en a une peur panique.

Les différents facteurs peuvent expliquer le retard mis à consulter un médecin. Le délai de consultation revêt donc une importance particulière dans de nombreuses maladies graves comme les cancers. Cet aspect a toute son importance en éducation de la santé.

2.1.2 Consultation médicale et diagnostic

La consultation est habituellement le moment crucial au cours duquel le patient est informé sur le diagnostic de sa maladie. Cette phase est composée de deux éléments principaux : les caractéristiques psychosociales de la consultation, d'une part, et l'impact psychologique du diagnostic, d'autre part.

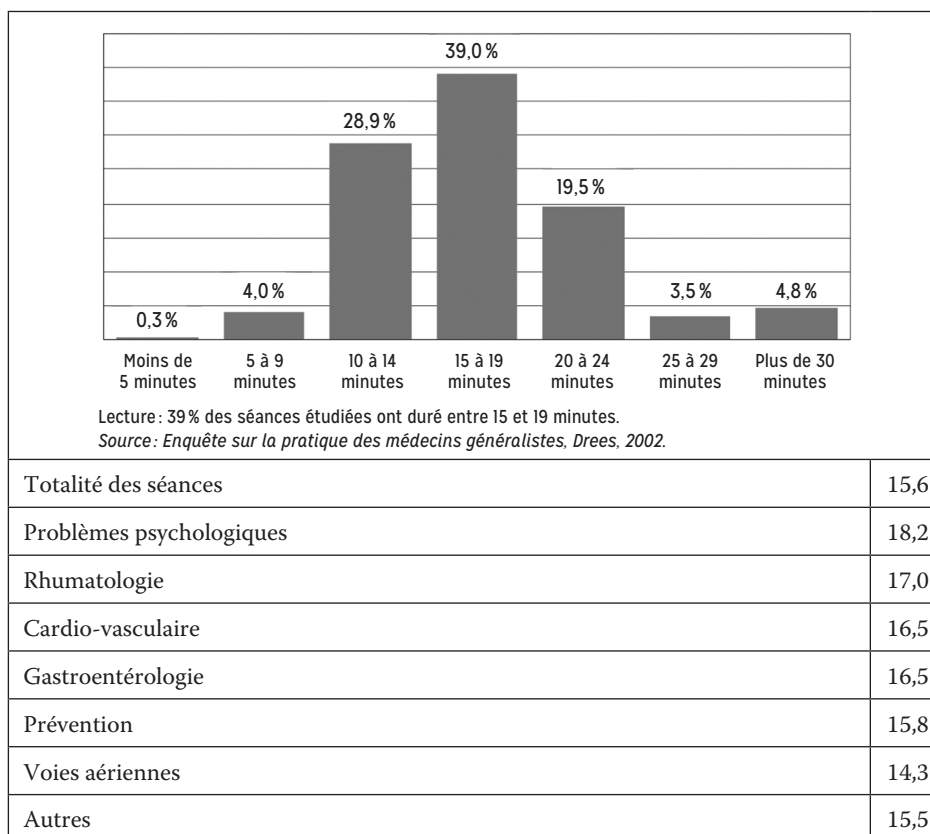
Les caractéristiques psychosociales ont été abordées en s'appuyant principalement sur les schémas d'analyse des situations de communication et en dégagant divers scénarios et catégories d'échanges qui composent une consultation type : début de l'entretien, définition de l'objet de la consultation, examen et diagnostic, échange sur le diagnostic, prescription et traitement (Cosnier *et al.*, 1993).

De nombreuses études ont utilisé des grilles d'observation, parmi lesquelles le système d'analyse des interactions est l'un des plus employés (Roter, 1984). Cet outil ne consiste pas seulement à analyser le contenu et les séquences des interactions médecin-patient, mais également à sensibiliser les patients en leur fournissant des aides pour être plus actifs dans les consultations ultérieures et rendre ainsi la rencontre avec le médecin plus réciproque et plus efficace.

Encadré 5.3 – Combien dure une consultation médicale ?

L'enquête sur la pratique (DREES, 2006) des médecins généralistes a été réalisée entre juin et décembre 2002 sur demande de la DREES par BKL-THALES auprès des médecins de leur réseau. 922 médecins ont accepté de décrire une soixantaine de leurs séances (consultations et visites). Les informations recueillies portent sur le patient (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, affection de longue durée...), le médecin (âge, sexe, mode d'exercice, secteur de conventionnement...), les caractéristiques de la séance (date, lieu...) et le contenu de cette dernière (diagnostic posé, prescriptions...). Pour les consultations au cabinet, le recueil d'informations sur le patient et la séance se faisait grâce à un logiciel de gestion des dossiers médicaux commun à tous les médecins du réseau.

Tableau 5.2 – Durée moyenne en minutes des séances en général et selon la pathologie des patients



Sur la base de ces schémas d'interactions, on peut retenir deux aspects : l'attitude des médecins et celle des patients. Les études sur les attitudes thérapeutiques ont mis en évidence l'importance et le rôle de l'attitude du médecin dans le déroulement même de la consultation. Parmi les attitudes médicales, certaines recherches ont indiqué que la neutralité affective et l'attitude centrée sur le patient représentaient des facteurs d'efficacité thérapeutique. Aujourd'hui, les recherches sur les nouvelles pathologies, comme l'infection au VIH, ont montré une évolution des pratiques médicales dans ce domaine. Les travaux de Morin *et al.* (1997) ont particulièrement mis en évidence l'importance des attitudes de protection, de malaise, de défense et de rejet de médecins généralistes face à des patients infectés par le VIH.

Les attitudes des patients sont elles aussi marquées par une série de facteurs au cours des consultations. Les études ont dégagé deux styles de comportements distincts liés à la recherche d'informations dans le cas d'un risque de cancer : le style de vigilance soutenue (*monitoring*) et le style d'attention émoussée (*blunting*). Le style de vigilance soutenue est marqué par le fait qu'on se sent plus concerné, qu'on cherche à être mieux informé, qu'on est plus confiant dans la décision médicale. Ce style se caractérise par une gestion personnelle de l'information médicale. À l'opposé, le style d'attention émoussée se satisfait de ce que dit le médecin et ne cherche pas à en savoir plus (Miller, 1995).

À côté des caractéristiques psychosociales de la consultation, le diagnostic proprement dit a un impact psychosocial spécifique, notamment quand il s'agit d'affections organiques graves.

Un premier aspect est le contenu et la vérité des informations communiquées au patient. Dans le cas des cancers, pendant longtemps, il était d'usage de donner un minimum d'informations et de mettre le patient au courant, mais avec des termes très généraux. L'approche était alors plutôt paternaliste, avec une affirmation d'inégalité entre le médecin et le patient.

Dans les deux premiers codes de déontologie français de 1947¹ et 1955², il était écrit : « Un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade. » Communément nommé le « privilège thérapeutique », ce concept nourrit l'idée que le patient étant vulnérable par la maladie, il est du devoir du médecin d'édulcorer la vérité, voire de la lui cacher. En effet, plus le patient a du mal à prendre des décisions, plus la responsabilité morale du médecin est importante. Pour illustrer

1. Article 31 du Code de déontologie médicale de 1947.

2. Article 34 du Code de déontologie médicale de 1955.

notre propos, nous pouvons citer le premier président du Conseil de l'ordre des médecins Louis Porte (1891-1950):

«Face au patient, inerte et passif, le médecin n'a en aucune manière le sentiment d'avoir à faire à un être libre, à un égal, à un pair qu'il puisse instruire véritablement [...] devant ce jouet qui pourrait être une proie facile, se déclenche chez le médecin [...] un réflexe de responsabilité totale, une volonté maxima d'inventer, de trouver une initiative que rien ne rebute pour sauver [...] devant cette passivité vulnérable du patient, nous sentons naître en nous le sentiment d'un lien sacré d'une obligation intérieure dont rien ne peut nous libérer, mais qui, en raison des circonstances, est épurée de toute contingence; bref, d'une obligation strictement morale» (Portes, 1950-1964).

Aujourd'hui, la tendance est plutôt de dire la vérité.

«En termes d'annonce d'une maladie, la vérité, c'est dire clairement le nom exact de la maladie... Dire la vérité, c'est éviter absolument les périphrases qui maintiennent un halo d'incertitude autour du diagnostic» (Delaporte, 2001).

Emanuel et Emanuel (1992) ont proposé quatre modèles – informatif, interprétatif, délibératif et paternaliste – susceptibles de structurer la relation patient-médecin :

- **Le modèle informatif**: dans un tel contexte relationnel le médecin fournit une information appropriée, factuelle au patient afin que celui-ci puisse choisir son traitement. Le patient est totalement autonome dans son choix. Ce modèle réduit le médecin à être un expert technique compétent en médecine et il s'adapte notamment aux patients qui ont besoin d'autonomie et qui sont rassurés par le sentiment d'exercer un contrôle sur la relation médicale.
- **Le modèle interprétatif**: le devoir du médecin consiste ici à s'adapter le plus possible aux valeurs des patients afin que le choix thérapeutique soit en cohérence avec elles. Le médecin donne des informations factuelles et objectives sur le diagnostic, les options thérapeutiques et leurs conséquences. Il conseille son patient et l'invite à mieux se comprendre. Le choix thérapeutique naît donc de cette interaction.
- **Le modèle délibératif**: il est semblable au modèle interprétatif, mis à part qu'ici, les valeurs du patient sont ouvertes à un développement. Grâce à cette délibération, le patient va développer sa propre morale, qui va le guider dans le choix du soin médical à envisager. Le médecin doit s'assurer que le malade a saisi les

bénéfices et les inconvénients du traitement proposé, ainsi que les éventuelles répercussions sur sa vie. Pour ce faire, il invite le malade à poser des questions et à faire des commentaires. Lors de la délibération sur les options possibles, le médecin doit s'efforcer d'écouter le patient et de reformuler ses propos: « Si je comprends bien, vous préférez... » Le médecin joue dès lors un rôle à la fois d'enseignant et de confident.

- **Le modèle dit « paternaliste » :** s'inscrivant dans une affirmation d'inégalité entre le médecin et le patient, ce modèle assigne des positions spécifiques à chacun des deux acteurs. Mais ces dernières n'ont pas la même importance, ni la même légitimité. C'est bien le médecin qui se trouve ici dans une posture dominante et le patient en situation de soumission.

Certains considèrent que les modèles délibératif et interprétatif sont de nature identique et superposable. C'est pourquoi on peut considérer que dans les faits seuls trois modèles existent vraiment !

C'est le modèle délibératif qui apparaît comme le meilleur. Cette approche, centrée sur le patient, tient compte de l'expérience unique vécue par le patient, et la relation médicale permet de créer un cadre de travail bienveillant, non directif, permettant au patient de cheminer vers un changement s'il le souhaite. Les avantages pour le patient résident fondamentalement dans la liberté qu'il a de faire appel au médecin selon ses besoins propres. Ni infantilisé ni abandonné, le malade peut exercer son autonomie de réflexion tout en satisfaisant ses éventuels besoins de dépendance.

Le second aspect concerne le bouleversement psychique provoqué par l'annonce du diagnostic. Le fait d'apprendre qu'on a un cancer constitue un choc psychologique, souvent associé à une sentence de mort. La confirmation d'un diagnostic de maladie grave entraîne souvent une crise existentielle qui s'accompagne de réactions spécifiques: détresse, désespoir, perte de contrôle, sentiment d'abandon, anxiété, déni. Ainsi déni et acceptation constituent-ils des processus psychiques induits par le diagnostic et qui alternent souvent en permettant une adaptation ultérieure.

Cet aspect a été particulièrement marqué par les travaux de Kübler-Ross qui a identifié cinq étapes distinctes à partir du diagnostic et qu'elle a qualifiées d'étapes de préparation à la mort: le déni, la révolte, le marchandage, la dépression et l'acceptation finale (Kübler-Ross, 1995). Ce modèle a souvent été pris au pied de la lettre, ce qui en a fait un schéma utilisé parfois de manière un peu réductrice.

Actuellement, les études suggèrent que les patients adoptent des réponses émotionnelles qu'ils peuvent garder tout au long de la maladie. Par exemple, les uns vont demeurer dans le déni et ne se feront jamais à l'idée d'avoir un cancer, alors que d'autres vont plutôt être anxieux et dépressifs. Les conséquences psychiques

du diagnostic sont déterminées par un certain nombre de variables, notamment le moment où la maladie survient dans le cycle de vie, et l'existence ou non de crises antérieures ou parallèles. C'est lorsque la maladie se déclare lors d'une crise existentielle et à un moment crucial du cycle de vie qu'elle aura des impacts psychiques plus négatifs. Ces divers aspects soulignent bien que le diagnostic est une phase de bouleversement important dans la vie d'un malade.

2.2 Maladie et dynamique psychosociale

Toute maladie comporte du point de vue psychique une dynamique spécifique, dont nous présenterons quelques caractéristiques liées à divers types de traitements.

2.2.1 La dynamique psychique de la maladie

La maladie représente tout d'abord une rupture du cours habituel de la vie qui plonge une personne dans des conditions de vie souvent différentes et plus ou moins durables. Elle se caractérise pour les maladies graves par un risque de mort et se traduit par des peurs spécifiques liées à cette réalité.

La peur de la mort et la peur de disparaître sont souvent associées à d'autres peurs : peur de la souffrance et de la déchéance, peur d'être abandonné. Elle provoque une diminution importante des forces physiques, un état de faiblesse et de fatigue significatif et un fort sentiment de fragilité et de vulnérabilité, qui s'accompagne dans de nombreux cas d'une modification de l'image du corps et de l'image de soi.

La maladie grave et les maladies chroniques, en particulier, correspondent à l'entrée de nouveaux rôles sociaux : être malade implique l'entrée dans de nouvelles formes de socialisation (l'hospitalisation, par exemple), qui constituent par ailleurs des formes de désocialisation (coupure avec le milieu habituel personnel, familial, professionnel). La maladie est de ce point de vue un lieu de nouvelle conformité sociale à travers l'observance thérapeutique notamment. Elle inscrit le temps dans une trajectoire marquée souvent par l'incertitude à moyen et long terme et à la nécessité de vivre dans l'instant présent.

Du point de vue psychique, la maladie est une expérience singulière d'adaptation où les profonds changements de l'état de santé et de la vie donnent lieu dans de nombreux cas à des remises en cause fondamentales des valeurs sur lesquelles reposait la vie de quelqu'un. Elle définit un enjeu psychique essentiel lié à la mobilisation de ressources psychiques qui font appel à des nouvelles valeurs et qui constituent d'autres raisons de vivre.

2.2.2 Stades d'évolution et traitements

Parallèlement à cette dynamique psychique, la maladie comporte des stades d'évolution correspondant à divers types de traitements et à l'évaluation de leur efficacité.

On associe habituellement la fin d'une maladie à la fin des traitements et aux examens médicaux attestant qu'il n'y a plus de traces d'agents pathogènes dans l'organisme. Dans le cas de pathologies graves comme les cancers, on ne parle pas d'emblée de fin de la maladie ou de guérison, mais plutôt de rémission.

La phase de rémission se traduit chez de nombreux patients par une diminution de leur détresse émotionnelle liée à des processus de réhabilitation avec des adaptations aux séquelles chirurgicales et thérapeutiques (Maes, 2000). Elles s'accompagnent pour beaucoup d'un suivi thérapeutique qui comporte des consultations, des examens, des traitements liés à divers handicaps consécutifs aux interventions antérieures.

C'est donc en termes de réadaptation et de réhabilitation thérapeutique et sociale que se pose le devenir de nombreux malades. L'impact psychique de la rémission et du suivi peut être marqué par l'anxiété et le sentiment d'absence de contrôle. Les malades vivent une situation de transition qui constitue un changement de l'état de malade à celui de survivant, et qui reste néanmoins préoccupant pour eux et les laisse souvent dans un sentiment d'insécurité (Holland et Rowland, 1989).

Le passage de la rémission à la guérison est un processus qui, du point de vue psychique, n'est pas forcément concomitant avec le constat médical. Qui plus est, il ne s'opère pas d'un seul coup mais plutôt de manière sinusoïdale dans un sentiment de fluctuation entre le soulagement d'être guéri et la peur d'une récurrence.

Ces réactions ont été décrites sous le terme de « syndrome de Damoclès », caractérisé par des états affectifs anxieux et dépressifs, une peur persistante de la récurrence et une perception exacerbée de sa vulnérabilité. D'autres études ont démontré que la confrontation à la mort entraînait au cours de la phase de rémission et après, un changement de valeurs caractérisé par une nouvelle relation au temps, une autre manière d'apprécier la vie, une image de soi plus sereine.

Les phases de réadaptation et de guérison demeurent ainsi associées à des préoccupations psychiques importantes par rapport à la santé, à l'avenir, et peuvent être très variables d'un patient à l'autre.

La phase de rémission n'est pas toujours suivie par la guérison, mais parfois par une rechute. La maladie continue à évoluer malgré les traitements administrés. La

rechute entraîne plusieurs réactions psychologiques particulières. L'annonce de la rechute peut donner lieu à un nouveau choc et provoquer le même bouleversement qu'au moment du diagnostic. On a ainsi observé sur cent deux patients qui ont fait une rechute une relation entre le niveau de détresse à l'annonce de la rechute et son degré d'anticipation : les patients qui ne s'attendaient pas à une rechute avaient un niveau de détresse plus élevé que ceux qui n'avaient jamais cru à leur guérison (Weisman et Worden, 1986). En général, la phase de rechute s'accompagne d'une nouvelle phase de traitements. Dans ce cas, on remarque une tentative des patients de s'adresser à des centres spécialisés de traitement pour participer à des essais cliniques ou un recours à des traitements alternatifs. Dans d'autres cas, notamment si la récurrence s'accompagne d'une détérioration importante, on peut voir apparaître une perte d'autonomie et une détresse importante.

Après la phase de rechute, intervient la phase préterminale, puis terminale. Le stade préterminal se caractérise comme un moment qui peut être vécu de manière particulièrement traumatisante, comme une entrée dans le mourir qui comporte pour le patient un désinvestissement progressif de tous ses attachements. Ce processus est souvent vécu en termes de rupture et de séparation, d'une part, et à travers un lâcher-prise lié au fait de s'abandonner à la mort, d'autre part.

La phase est dite « terminale », lorsque la détérioration est irréversible et que l'on abandonne des traitements curatifs au profit des traitements palliatifs. Elle constitue l'un des moments les plus cruciaux dans une vie, marqué souvent par la souffrance et la solitude devant la mort.

Les différents stades d'évolution des maladies sont l'objet de traitements spécifiques et de protocoles thérapeutiques souvent très stricts : intervention chirurgicale, traitements chimiothérapeutiques, radiothérapies sont des traitements agressifs qui ont de nombreuses conséquences indésirables. Sur le plan psychologique, les études ont montré l'importance du vécu émotionnel et particulièrement les causes de stress liées aux traitements en oncologie, qui vont de la simple appréhension à des peurs incontrôlables associées à l'altération de l'image de soi, à l'anxiété et à la détresse psychologique (Peck et Boland, 1977).

À travers ces différentes phases et les traitements thérapeutiques correspondants, la maladie est vécue comme une situation éprouvante dont l'évolution est déterminée non seulement par les caractéristiques biomédicales des traitements, mais également par les réactions psychologiques qui leur sont directement liées.

2.3 La maladie comme expérience psychique

Toute maladie comporte du point de vue psychique une dynamique spécifique dont nous présenterons quelques caractéristiques.

2.3.1 Caractéristiques psychosociales de la maladie

Toute maladie représente d'abord une rupture du cours habituel de la vie. Sur le plan psychologique, elle se traduit le plus souvent par un bouleversement vécu comme un effondrement de ses raisons de vivre.

Dans le cas de maladies graves, elles comportent un risque de mort et s'accompagnent de peurs spécifiques liées à cette réalité. Mais dans tous les cas elle provoque une modification importante de son état physique et psychique, à travers des fatigues, une grande fragilité.

Par son caractère souvent brutal et soudain, la maladie impose des changements tels que les personnes atteintes ne disposent plus de leurs ressources psychologiques, matérielles et sociales antérieures pour faire face à la situation. Elles sont ébranlées par ce qui leur arrive, non seulement parce qu'elles ne s'y attendent pas mais aussi parce qu'elles sont démunies, elles ne sont pas préparées pour affronter de tels bouleversements. C'est la raison pour laquelle toute maladie grave représente une expérience singulière, qui se définit toujours comme une épreuve. L'idée d'épreuve désigne ici le fait qu'il s'agit d'une situation qui teste sa capacité de faire face à ce qui est insupportable : en ce sens, toute maladie est non seulement un creuset où cette capacité à vivre une telle expérience est mise en jeu, mais aussi un révélateur de la manière même de faire face à l'adversité, au malheur et à la souffrance et qui transforme l'enjeu et le sens de ce que vivre veut dire. Toute épreuve comporte, en outre, une dimension de douleur physique et de souffrance psychique, montrant ainsi que la maladie représente une expérience où un individu est confronté à ce qui insoutenable.

Par ailleurs, toute maladie introduit également un ensemble de fractures dans l'expérience même de vivre. Parmi celles-ci, nous retiendrons essentiellement la brisure de l'identité antérieure. Les malades se trouvent dépouillés de leurs coquilles sécurisantes qui leur assuraient stabilité et estime de soi ; ces enveloppes protectrices les inséraient habituellement dans des trames de la vie ordinaire, qui consolidaient leur image d'eux-mêmes. Dans la maladie, s'opère une sorte de mise en morceaux de sa propre image. Ce déchirement de l'identité est en même temps un dévoilement qui livre toute cette part de nous-mêmes, qui est fabriquée socialement à travers la conformité aux normes, la réponse aux attentes sociales et notre

dépendance, aux pressions du groupe. À cet égard, toute maladie brise plus ou moins une identité acquise à travers les apprentissages sociaux, dont la finalité est de nous rendre adaptés socialement et non pas forcément responsables de notre vie.

La maladie provoque des bouleversements non seulement sur les aspects extérieurs, les modes de vie et les conditions d'existence, mais aussi à l'intérieur de l'individu. Les sujets disent volontiers qu'ils ont changé, qu'ils ne sont plus les mêmes. Un aspect frappant des malades est leurs capacités à centrer l'attention sur les activités physiques et les fonctions corporelles considérées jusque-là comme acquises. La perturbation des gestes automatiques qui auparavant n'étaient pas essentiels à la conception du soi (comme marcher, s'habiller, parler...), provoque une menace sur le soi physique et parfois même une menace mortelle. Les fonctions biologiques et physiques, auparavant automatiquement régulées, apportent de nouvelles informations à l'individu et le contraignent à mettre en place de nouvelles procédures de contrôle. Le diabète nous fournit à cet égard un excellent exemple. Les modifications du taux de sucre dans le sang provoquent des troubles de la vue, des étourdissements et des pertes de mémoire qui reflètent les états hypo et hyperglycémiant générés par des anomalies de la fonction insuline. Une telle situation n'est pas sans conséquences sur la perception que le sujet va construire de lui-même et notamment sur les possibilités et les limites que lui impose la maladie (régime, troubles sexuels graves...).

Encadré 5.4 - La maladie chronique et ses conséquences psychologiques : le cas des maladies cardiovasculaires

Il ne fait plus guère de doute aujourd'hui que les MCV sont pour les malades une expérience traumatique dont il convient de reconnaître la spécificité. Plus qu'un événement délimité dans le temps, c'est souvent la répétition subie et toujours possible d'accidents ou d'incidents aigus qui vont complexifier la prise en charge de ce type de malade. Des séries de microtraumatismes peuvent ainsi se succéder et s'accumuler les uns aux autres (quand il ne s'agit pas de traumatismes massifs !). Ces derniers sont déterminés par les stades, les avancées ou les aggravations de la maladie (prise de conscience de ce qui s'est passé, des effets sur le quotidien, des risques encourus, de la nécessité d'un changement de vie...), la précision au fil du temps de la situation médicale révélée aux malades (annonces faites au fur et à mesure de l'évolution et de la précision des investigations médicales, nécessité et risques d'éventuelles interventions chirurgicales, phase de réadaptation cardiaque...) ou encore le vécu de la maladie, qui révèlent chaque jour un peu plus au malade, l'étendue des dégâts sur sa vie quotidienne.

L'entrée dans la maladie reste de ce point de vue une épreuve violente et traumatique. C'est à vrai dire par le biais d'un traumatisme inaugural que les patients



→ entrent dans la maladie. Une fois cette phase aiguë et traumatique passée, c'est à la dimension chronique de la maladie et à son cortège de symptômes auquel il faudra faire face. On observe par exemple entre 10 % et 15 % d'ESPT complet ou partiel en post-infarctus du myocarde (Spindler et Petersen, 2005). C'est également le cas, en post-chirurgie cardiaque, où la prévalence de l'ESPT peut varier entre 11 % et 18 % (Wiedemar *et al.* 2007). Il est intéressant de constater qu'il n'existe pas, contrairement à ce que l'on pourrait penser, de lien entre les caractéristiques médicales des MCV et la présence d'un ESPT. Ainsi, la perte de conscience et la réanimation cardio-respiratoire au moment d'un infarctus du myocarde par exemple (Kutz *et al.* 1994), la sévérité objective de l'accident cardiaque (Doerfler, 1997; Ginzburg *et al.* 2003) ou la durée de l'hospitalisation (Ginzburg *et al.* 2003; Thompson, 1999), ne semblent en rien prédire le développement de l'ESPT, ceci quelle que soit la nature des MCV. Les déterminants d'une réaction psychotraumatique consécutive à une MCV tiennent à vrai dire au vécu du patient pendant la phase aiguë de l'accident cardiaque (Wiedemar *et al.*, 2007). En effet, les affects psychotraumatiques dans le cas des MCV sont très souvent associés à la peur de mourir (notamment pendant l'accident cardiaque), aux douleurs physiques toujours importantes et impressionnantes, ainsi qu'au sentiment d'impuissance et à l'impression de ne pouvoir faire appel à aucun secours et aucune aide.

Des maladies plus graves comme le cancer ou le sida peuvent avoir d'autres effets, en étant à l'origine de crises existentielles plus importantes et plus profondes. Dans de tels cas de figure, la maladie fait basculer la vie d'un individu bien portant dans une condition de fragilité et de vulnérabilité; il est alors placé devant des incertitudes fondamentales quant à l'issue d'une telle épreuve. Le sujet cancéreux ou malade du sida, par exemple, se trouve atteint dans son intégrité corporelle externe et interne. Au niveau externe, les thérapeutiques diverses réalisent des agressions multiples de l'enveloppe corporelle. Les effets secondaires des traitements chimiques comme l'alopecie, les hématomes ou les tuméfactions constituent les effractions visibles par soi et les autres du « moi-peau » (Anzieu, 1995). Le sarcome de Kaposi¹ est, pour le malade du sida, le sceau maléfique de sa maladie qui le mutile, le transforme et l'identifie à sa maladie. C'est aussi de l'intérieur que cette intégrité est attaquée et bafouée par le processus morbide de développement de la tumeur cancéreuse qui s'étend, envahit et dévore l'espace interne du corps. Au niveau interne, cette vulnérabilité est quant à elle déterminée par la représentation

1. Le sarcome de Kaposi est un cancer caractérisé par le développement de taches au niveau de la peau, de la bouche, du nez, de la gorge, des vaisseaux lymphatiques et d'autres organes. Ces taches sont généralement de couleur rouge violine et sont associées à des cellules cancéreuses ou à des cellules sanguines.

que le malade a de sa maladie. Son élaboration sera non seulement modelée par l'expérience singulière du malade, mais aussi par les images que véhicule sa famille, ses amis ou ses collègues. L'environnement social va donc tisser la toile de fond d'où vont se détacher les valeurs, les rumeurs et les clichés circulant à propos de la maladie et de la santé. Ils réalisent la représentation sociale qui va orienter le sens que le malade cancéreux ou sidéen va donner à sa maladie et par conséquent à lui-même. Le poids de cette représentation est un des éléments clé de la souffrance du malade, de ses réactions et des réponses plus ou moins efficaces qu'il sera en mesure d'apporter. Il va donc s'adapter au mal qui le frappe et gérer ses comportements non seulement en fonction des conséquences réelles de la maladie, mais également en fonction des appréhensions et des pensées dysfonctionnelles qu'il aura construites. Les reformulations du soi influencées par des images de ce type acquises au préalable rejoindraient complètement le modèle de Markus et Nurius (1986) dans lequel l'identité peut se recomposer par un « soi possible » imaginé. Les « sois possibles » sont constitués par les représentations des individus : « ce que l'ont veut devenir », « ce que l'on craint » ou « espère ».

La description du combat de Reynolds Price contre une tumeur à croissance lente de la colonne vertébrale fournit un aperçu de la nature de ce processus. Alors que sa tumeur se développait, la souffrance et le handicap physique qui l'accompagnaient (impossibilité de marcher ou d'écrire) ont altéré ses sensations de vulnérabilité et ont perturbé ses identités de professeur d'anglais et d'écrivain à succès. Toutes ces pertes impliquent une perte identitaire.

2.3.2 Importance des ressources psychologiques

Les ressources psychologiques constituent des facteurs protecteurs qui facilitent la résistance à l'adversité, ainsi que l'adaptation psychologique dans les situations difficiles de la vie. On distingue, d'une part, les ressources psychologiques, qui sont des facteurs internes, des prédispositions psychologiques que possède une personne et, d'autre part, les ressources environnementales extérieures, dont notamment le soutien social. Ces ressources jouent le rôle de facteurs de protection, c'est-à-dire des facteurs qui tentent de réduire l'effet des facteurs stressants et qui permettent à la personne de maintenir ses compétences dans des circonstances difficiles, stressantes et de détresse psychologique (voir Csillik, 2017 pour une synthèse).

Selon Fredrickson (1998, 2001), le fait de ressentir des émotions positives tend à annuler les effets des émotions négatives, et élargit donc notre façon de penser et le répertoire de nos idées et actions et facilite la réinterprétation de nos comportements. Cette théorie postule l'existence de deux processus de changement

psychologique en lien avec les émotions positives : « l'élargissement » et « la construction ». Le fait d'éprouver des émotions positives se présente tout d'abord comme une source importante d'inspiration qui permet d'enrichir son panel d'idées et son répertoire d'actions. Cela aide à réinterpréter ses comportements et à développer subséquemment de nouvelles ressources individuelles, qui participent à la construction du bien-être. Si l'expérience des émotions positives est souvent momentanée, les bénéfices qu'elles engendrent, en termes de ressources, sont à considérer sur le long terme. In fine, les émotions positives président à l'instauration d'une « spirale positive » du bien-être, dans laquelle les émotions positives et l'élargissement du répertoire d'actions et de ressources individuelles disponibles s'influencent réciproquement. Cette spirale contribue à l'accroissement du bien-être individuel, parallèlement à une augmentation des compétences permettant de faire face à l'adversité.

Parmi ces ressources psychologiques, les plus citées dans la littérature scientifique et les plus étudiées à l'heure actuelle sont l'optimisme, l'espoir, le contrôle personnel, l'auto-efficacité, l'espoir ou la passion. Ces ressources sont reconnues comme étant protectrices de la santé mentale, voire même de la santé physique.

Ces diverses ressources psychiques constituent un potentiel agissant pour le malade. Dans cette optique, chacun de nous dispose de ressources pour faire face à ce qui lui arrive : il peut s'agir des ressources psychologiques qui se réfèrent à des caractéristiques personnelles de résistance ou des ressources sociales qui reposent sur le soutien social.

Conclusion

Ce chapitre a décrit la maladie sous l'angle psychosocial, c'est-à-dire non seulement à travers la description des symptômes et des dégradations biologiques liés aux pathologies organiques, mais aussi à travers les réactions psychologiques, ainsi que les comportements de personnes malades.

Pour la psychologie de la santé, la maladie est un objet d'étude essentiel dont les diverses approches permettent de mieux saisir les aspects complexes et de développer des interventions psychiques, afin d'aider les malades.

Nous avons d'abord donné un aperçu des principales conceptions de la maladie afin de mettre en lumière divers niveaux de connaissance, ainsi que les dimensions multiples et plus larges que celles à travers lesquelles nous comprenons habituellement la maladie.

Ensuite, nous avons développé quelques caractéristiques psychologiques de la maladie en proposant une lecture qui se réfère à des pathologies organiques graves, telles que les cancers ou le sida. Ce choix pédagogique a permis de montrer l'existence de facteurs de risques psychosociaux particuliers et de dégager les principaux stades d'évolution liés aux réactions des malades par rapport aux diverses phases de la maladie et aux traitements thérapeutiques.

Enfin, nous avons tenté de donner une vision plus large et intégrative de la maladie en nous appuyant sur une conception interdisciplinaire et intégrative de celle-ci.

CONCEPTS CLÉS

⇒ **Maladie** : objet central en médecine et en psychologie de la santé, bien que difficile à véritablement circonscrire. Nelly Agrinier et Anne-Christine Rat l'articulent autour de plusieurs critères :

- la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ;
- une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle ;
- un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants : une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale ; une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle ; la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

⇒ **Interaction médecin/patient** : les interactions médecins/patients sont des éléments essentiels à prendre en compte en ce qui concerne le rapport à la maladie. Emanuel et Emanuel (1992) ont proposé quatre modèles - informatif, interprétatif, délibératif et paternaliste - susceptibles de structurer la relation entre ces deux protagonistes centraux de la maladie.

⇒ **Stade de la maladie** : la maladie comporte des stades qui marquent son évolution dans le temps et sa gravité. Selon les maladies considérées (cancer, Alzheimer...) ces stades expriment des indications symptomatiques spécifiques et permettent de situer le sujet par rapport à la maladie et d'orienter les thérapeutiques.

⇒ **Qualité de vie liée à la santé**. Au sens large : aspects qualitatifs de la vie liés à l'état de santé d'une personne. Dans un sens restreint : perception subjective par un malade de son état physique, émotionnel et social au regard des effets de la maladie et des traitements.

Lectures conseillées

- CSILLIK, A. (2017). *Les ressources psychologiques. Apports de la psychologie positive*. Paris: Dunod.
- DELAGE, M., LEJEUNE, A. et DELAHAYE, A. (2017). *Pratiques du soin et maladies chroniques graves: approche systémique et résilience*. Bruxelles: De Boeck.
- FISCHER, G.N. (2016a). *L'expérience du malade: l'épreuve intime*. Paris: Dunod.
- FISCHER, G.N. (2013). *Psychologie du cancer*. Paris: Odile Jacob.
- MORIN, M. (2004). *Parcours de santé*. Paris: Armand Colin.

Bibliographie

- AGRINIER, N. et RAT, A.C. (2010). Les maladies chroniques. Quelles définitions de la maladie chronique? *Actualité et dossier en santé publique*, 72, 12-13.
- CORRAZE, J. (1992). *Psychologie et médecine*. Paris: PUF.
- COSNIER, J., GROSJEAN, M., LACOSTE, M. (1993). *Soins et communications*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- CSILLIK, A. (2017). *Les ressources psychologiques. Apports de la psychologie positive*. Paris: Dunod.
- DELAPORTE, C. (2001). *Dire la vérité au malade*. Paris: Odile Jacob
- DREES (2006). La durée des séances des médecins généralistes. *Étude et Résultats*, 481.
- DREES (2017). *L'état de santé de la population en France. Rapport 2017*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>.
- DOBBELS, F., DE GEEST, S., VANHEES, L., SCHEPENS, K., FAGARD, R. et VANHAECKE, J. (2002). Depression and the heart: a systematic review of definition, measurement, consequences and treatment of depression in cardiovascular disease. *European Journal of cardiovascular nursing*, 1, 45-55.
- DOERFLER, L.A (1997). Posttraumatic stress disorder-like symptoms 1 week to 3 months after myocardial infarction. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 3, 89-98.
- EISENBERG, L. (1977). Disease and illness: Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 9-23.
- EMANUEL, E.J. et EMANUEL, L.L (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 267 (16), 2221-2226.
- FRASURE-SMITH, N., LESPÉRANCE, F., et TALAJIC, M. (1993). Depression following myocardial infarction: Impact on 6-month survival. *Journal of the American Medical Association*, 270, 1819-1825.
- FREDRICKSON, B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- FREDRICKSON, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56 (3), 218.
- GINZBURG, K., SOLOMON, Z., KOIFMAN, B., KEREN, G., ROTH, A., KRIWISKY, M., et al. (2003). Trajectories of posttraumatic stress disorder following myocardial infarction: A prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1217-1223.

- HCSP (2009). *La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique*. Paris: HCSP.
- HOLLAND, J.C. et ROWLAND, J.H. (1989). *Handbook of psycho-oncology. Psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press.
- JODELET, D., OHANA, J., BIADI, A., RIKOU, E. (1995). *Représentations de la contagion et sida, dans Connaissances, représentations, comportements*. Paris: ANRS.
- KHAYAT, D. (2003). *Les chemins de l'espoir*. Paris: Odile Jacob.
- KLEINMAN, A., EISENBERG, L., GOOD, B. (1978). Culture, illness and care. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-288.
- KRAVITZ, R., HAYS, R.D., SHERBOURNE, C.D., DIMATTEO, M.R., ROGERS, W., ORDWAY et GREENFIELD, S. (1993). Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 153 (16), 1869-1878.
- KÜBLER-ROSS, E. (1995). *La mort: dernière étape de la croissance*. Paris: Éditions du Rocher.
- KUTZ, L., SHABTAI, H., SOLOMON, Z., NEUMANN, M., et DAVID, D. (1994). Post-traumatic stress disorder in myocardial infarction patients: Prevalence study. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 31, 48-56.
- LAPLANTINE, F. (1992). *Anthropologie de la maladie*. Paris: Payot.
- MAES, S. et GEBHARDT, W. (2000). « Self-regulation and health behavior: the Health Behavior Goal Model ». In M. Boekaerts, P.R. Pintrich, M. Zeidner (eds.), *Handbook of Self-Regulation*. San Diego: Academic Press.
- MARKUS, H.R. et NURIUS, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- MECHANIC, D. (1962). The concept of illness behaviour. *Journal of Chronic Disease*, 15, 189-194.
- MILLER, S.M. (1995). Monitoring versus bleinting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about the disease. *Cancer*, 76 (2), 167-177.
- MORIN, M., OBADIA, Y., MOATTI, J.P. (1997). *La médecine générale face au sida*. Paris: Inserm.
- NUTBEAM, D. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève: OMS. En ligne: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf.
- OATES, K. et TRACEY, D. (2005). Chronic disease management. *Highland NSH Board*, 4, 1-9.
- PECK, A. et BOLAND, J. (1977). Emotional reactions to radiation treatment. *Cancer*, 40, 180-184.
- PÉDINELLI, J.L. (1999). Les « théories » personnelles des patients. *Pratiques psychologiques*, 4, 53-62.
- PIERRON, J.P. (2007). Représentations du corps malade et symbolique du mal: maladie, malheur, mal? *Psycho-oncologie*, 1 (1), 31-40.
- PORTES, L. (1950-1964). Du consentement du malade à l'acte médical (communication à l'Académie des sciences morales et politiques, 30 janv. 1950). In *À la recherche d'une éthique médicale*. Paris: Masson, PUF.
- ROTER, D.L. (1984). Patient question asking in physician-patient interaction. *Health Psychology*, 3, 395-409.
- RUSCH, E. (2003). Glossaire des termes de santé publique internationaux. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 43, 4-6.
- SAMET, J.H., AFREEDBERG, K., SAVETSKY, J.B., SULLIVAN, L.M., STEIN, M.D. (2001). Understanding delay to medical care for HIV infection: The long-term non-presenter. *Aids-Care*, 15, 77-85.
- SHEMESH, E., YEHUDA, R., MILO, O., DINUR, L., RUDNICK, A., VERED, Z., et al. (2004). Posttraumatic stress, nonadherence, and adverse outcome in survivors of a myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 66, 521-526.

- SPINDLER, H. et PEDERSEN, S.S. (2005) Posttraumatic stress disorder in the wake of heart disease: prevalence, risk factors, and future research directions. *Psychosomatic Medicine*, 67, 715-23.
- TARQUINIO, C. et TARQUINIO, P. (2007). L'observance thérapeutique: déterminants et modèles théoriques. *Pratiques Psychologiques*, 13 (1), 1-19.
- THOMPSON, R.N. (1999). *Prediction of trauma responses following myocardial infarction*. Unpublished doctoral dissertation. West Virginia University: Morgantown.
- VERHAAK, P. (1996). Somatic disease and psychological disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 261-273.
- WEISMAN, A.D. et WORDEN, J.W. (1986). The emotional impact of recurrent cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 3, 5-16.
- WIEDEMAR L., SCHMID J.-P., MÜLLER J., WITTMAN L., SCHNYDER U., SANER H. et VON KÄNEL R. (2007). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder in patients with acute myocardial infarction. *Heart et Lung*, 37, 113-121.

Chapitre 6

**Soutien social,
santé et maladie**



Sommaire

1. Définitions du soutien social	176
2. Soutien social, santé et maladie	183
3. Le soutien social de l'entourage	187
4. Un soutien pour les malades, un soutien pour les familles	189
En guise de conclusion	193
Lectures conseillées	195
Bibliographie	195

Le lien social et les liens de parentés lorsqu'ils sont positifs et structurants sont depuis longtemps considérés comme des éléments essentiels au bien-être des individus. C'est en effet presque une évidence de penser qu'un environnement social bienveillant puisse être bénéfique à ceux qui en bénéficient. Le rôle des relations sociales et leurs contributions au bien-être et à la santé font l'objet de réflexions et d'études depuis plus d'un siècle ! En 1897 déjà, Émile Durkheim postulait que les ruptures des liens sociaux avaient pour effet la perte de « ressources sociales », ainsi qu'un affaiblissement des normes et des rôles sociaux. Ses travaux montraient par exemple une plus grande prévalence du suicide chez les individus ayant peu ou pas de liens sociaux.

Mais il fallut attendre les années 1970-1980 pour que les études qui articulent liens sociaux et santé connaissent un véritable essor. À cette époque, plusieurs d'entre elles signalaient que les individus les plus intégrés dans leur communauté et dans la société en général se trouvaient être en meilleure santé que les personnes isolées. Berkman et Syme (1985) ont ainsi montré que le taux de mortalité et de morbidité était de 2 à 5 fois supérieures chez les personnes isolées socialement. Il en va de même des études plus spécifiques dans le domaine de la santé mentale qui ont également mis en évidence des liens importants entre la prévalence de la symptomatologie psychiatrique, sa sévérité et la qualité du lien social (Cohen et Wills, 1985).

En 1977 déjà, Dean et Lin (1977) considéraient que le soutien social était une composante trop peu prise en compte dans les études portant sur les conséquences des événements critiques sur les maladies.

Aujourd'hui, les travaux qui tiennent compte du soutien social sont devenus presque incontournables dans le domaine de la santé physique ou psychique. La psychologie de la santé s'est d'ailleurs largement développée autour d'un tel concept qui trouve (on l'oublie souvent !) ses racines dans la plupart des grandes théories de la psychologie, comme la psychanalyse ou encore les théories de l'attachement.

Pour Vaux (1988), trois auteurs ont particulièrement contribué, au développement de la problématique relative au soutien social et à ses effets :

- John Cassel (1976), médecin-épidémiologiste, qui a clairement mis en évidence le rôle du soutien social, dans l'étiologie des maladies. Selon lui, l'absence de liens sociaux significatifs avec les proches augmente la vulnérabilité à certaines maladies physiques. Il attribue ainsi au soutien social une fonction protectrice permettant aux individus de faire face aux événements difficiles de la vie et à leurs conséquences sur la santé.
- Gerald Caplan (1961) préfère quant à lui évoquer la notion de « système de soutien », qu'il ne limite ni à la famille, ni aux amis, mais qu'il étend à toutes les

formes d'aide provenant du voisinage et de la communauté. Pour cet auteur, le « système de soutien » contribue de façon privilégiée à protéger l'équilibre et le bien-être de l'individu contre les pressions quotidiennes, les situations de crise et les épisodes de transition qui jalonnent son existence.

- Sydney Cobb (1976), enfin, a très tôt reconnu l'importance du soutien social en relation avec le stress et le bien-être. Il l'envisage comme « l'action de l'environnement social menant la personne qui en bénéficie à se sentir estimée, aimée, digne de recevoir de l'attention et faisant partie d'un réseau de personnes aidantes » (Cobb, 1976).

Ce chapitre permettra dans un premier temps de préciser les contours du soutien social. Pour ce faire nous passerons en revue plusieurs définitions qui chacune permettront de circonscrire et préciser différentes facettes de ce concept. Dans une autre partie de ce chapitre nous montrerons en quoi le soutien social s'avère essentiel pour accompagner les patients dans l'épreuve que constitue toujours la maladie que cette dernière soit psychologique ou physique. Nous aborderons également le rôle des « aidants » ou « aidants naturels » dans le cadre du rôle éminemment important qu'ils jouent au chevet de leurs proches touchés par la maladie. Un soutien spécifique qui, comme nous le verrons, n'est pas dénué de risque pour le malade lui-même et les aidants. Enfin, nous aborderons la question des groupes de soutiens à l'adresse des malades et des familles qui dans les deux cas apportent réconfort et soutien pour que chacun puisse faire face et tenir bon dans la durée.

1. Définitions du soutien social

Si comme nous l'avons montré, on assiste dès les années 1970 à un intérêt croissant de la recherche pour le concept de soutien social (Bozzini et Tessier, 1985), force est de constater qu'il n'existe pas de consensus clairement établi quant à sa définition. Si chacun s'entend sur la nature générale du soutien social, la variété des propositions répertoriées témoigne de l'intérêt manifeste des chercheurs pour des facettes à la fois différentes et complémentaires d'un concept qui, de toute évidence, ne se laisse pas facilement circonscrire.

1.1 Approche générale

Lise Dubet (2006) définit le soutien social comme un ensemble d'« échanges interpersonnels de ressources où une personne en aide une autre afin de lui

permettre de satisfaire ses besoins ou d'atteindre des buts importants ». Il existe selon elle plusieurs formes de soutien social :

- un soutien social de forme instrumentale, qui inclut l'aide physique et matérielle ;
- un soutien social « informatif » qui se manifeste par le partage de conseils ou des feedbacks ;
- un soutien social qui peut se manifester sous une forme plus émotionnelle par l'empathie ou les marques d'affection et d'attention.

L'importance et la spécificité du soutien social ne résident pas dans la somme des relations, mais plutôt dans la qualité des supports affectifs qu'elles représentent pour une personne ou un malade. Dans ce sens, le soutien social renvoie ici aux sentiments de sécurité qu'un individu éprouve du fait qu'il peut compter ou non sur quelqu'un lorsqu'il lui arrive quelque chose de négatif (maladie, deuil, épreuve...). Le soutien social joue un rôle d'amortisseur en protégeant l'individu contre les aspects éprouvants de la situation. Ce qui semble important, c'est la façon dont l'individu perçoit ce soutien social. Pour Shumaker et Brownelle (1984), le soutien social peut se définir comme un échange entre deux personnes dans le but d'améliorer la qualité de vie de l'une d'entre elles. Une telle conception se rapproche de celle développée par Gentry et Kobasa (1984) pour qui le soutien social est une ressource psychologique qui définit les perceptions d'un individu eu égard à la qualité de ses ressources sociales. Ici le soutien social se rapporte plutôt au sentiment qu'a ou non une personne de pouvoir trouver soin, protection et valorisation au sein du réseau social qui est le sien. Dans une tout autre approche, Siegel *et al.* (1996) considère que la fonction principale du soutien social est de donner des informations à une personne dans le cadre d'un réseau de communication formel ou non (parents, épouse ou époux, amis, membres de clubs, associations, etc.). Dans cette perspective le soutien social est réduit au concept d'intégration sociale.

Pour Bozzini et Tessier (1986), le soutien social recouvre un ensemble de formes d'aide. Il s'agit ici de ressources utilisables pour faire face aux difficultés de la vie. Dans l'esprit de Cobb (1976), l'un des pionniers dans ce domaine, le soutien social est d'abord ce qui se passe au niveau humain et affectif entre deux personnes : c'est la communication d'affection, d'estime, ainsi que le sentiment d'appartenance à un groupe. Certains auteurs (Gottlieb, 1978, Barrera, 1983), pour définir et circonscrire le soutien social ont identifié un certain nombre de catégories à partir desquelles ce dernier pouvait s'exprimer et prendre forme. Une des classifications parmi les plus connues dans ce domaine est celle proposée par House (1981) qui décrit quatre types de soutien :

- **Le soutien émotionnel**, qui consiste à exprimer à une personne les affects positifs que l'on ressent à son égard (confiance, amitié...), et qui apporte à celle-ci

des sentiments de réassurance, de protection ou de réconfort. Ces affects vont aider la personne à traverser des moments difficiles lors d'événements comme le décès d'un proche, etc. (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Encadré 6.1 - Cancer du sein en ligne, utilisation des technologies de l'information et de la communication et soutien social (Brennstuhl, Audinet et Tarquinio, 2017)

Plusieurs études se sont intéressées aux motifs qui poussent les femmes atteintes un cancer du sein à utiliser Internet et les lieux (virtuels) d'échanges entre patientes (Rimer *et al.*, 2005). Les cinq raisons majeures avancées par les usagères sont : obtenir des informations sur le cancer du sein ou son traitement (91,3 %), apprendre à gérer les symptômes et les effets secondaires (69,6 %), obtenir du soutien émotionnel (47,8 %), préparer un rendez-vous médical (43,5 %), aider les autres (39,1 %). La recherche d'informations semble donc être la motivation principale des malades (Bender, 2013). Seuls 50 % des patientes utilisant Internet sont satisfaites de la quantité d'informations générales données par les professionnels de santé, ce qui explique sans doute l'envie (et le besoin) d'en savoir plus et donc d'aller se renseigner sur la toile. D'autres études mentionnent également la recherche de soutien social dans les groupes en ligne, notamment par un manque de compréhension ou par un manque de disponibilité de la part de l'entourage (Vilhauer, 2009). Ces lieux d'échanges sont des lieux privilégiés pour ces femmes, leur permettant de décharger leurs émotions dans un but de « catharsis », de « compréhension », de « soutien social », et de « lien social élémentaire » (Delfosse, 2004). Il semblerait qu'il n'y ait pas seulement la réception d'informations et de soutien qu'ils apportent à ces femmes, mais également le fait d'en fournir. Après avoir reçu ce soutien, elles se sentent aptes, voire « obligées », de fournir du soutien social aux nouveaux membres.

- **Le soutien d'estime**, qui consiste à rassurer une personne en ce qui concerne ses compétences et ses valeurs. Ces encouragements lui permettront de renforcer sa confiance en elle-même dans les moments de doute.
- **Le soutien informatif**, qui implique des conseils, des suggestions, de l'apport de connaissance sur un problème ou des propositions concernant la manière de régler ou de faire face à une situation difficile.
- **Le soutien matériel ou instrumental**, qui suppose une assistance effective comme le prêt ou le don d'argent ou matériel, ou de rendre des services dans les moments difficiles.

Deux axes structurent ici la conception du soutien social. Le premier (le soutien émotionnel, le soutien informationnel) considère le soutien social comme une

«ressource fournie par les autres» (Cohen et Syme, 1985), une «assistance pour faire face» (Thoits, 1986), un échange de ressources «perçues comme destinées à accroître le bien-être» (Shumaker et Brownell, 1984), une «information qui persuade les personnes que d'autres se soucient d'elles, les respectent, les valorisent et qu'elles font partie d'un réseau de communication et de support mutuel» (Cobb, 1976). Le second axe (soutien d'estime, soutien instrumental) correspond à l'importance du réseau relationnel d'un individu que l'on peut comparer à l'intégration sociale (Berkman et Syme, 1979). La valorisation, l'intérêt pour l'autre ou la mise à disposition de moyens matériels ou techniques sont en effet des indicateurs significatifs de cette intégration sociale. On ne donne pas sa confiance, de l'argent ou des objets matériels à n'importe qui ! Cela implique a minima d'être situé positivement dans le champ social et d'être reconnu, identifié et jugé comme digne de confiance.

1.2 Les principales dimensions du soutien social

On a très tôt fait usage de terminologies différentes pour désigner le même concept (voir tableau 6.1). Nous avons complété un tableau proposé par Beauregard et Dumont (1996) afin de synthétiser les principales dimensions du soutien social telle que les proposent les auteurs du domaine à travers des terminologies certes différentes, mais *in fine* souvent complémentaires.

Tableau 6.1 – Les dimensions du soutien social selon les auteurs et la terminologie utilisée (tiré de Beauregard et Dumont, 1996)

Dimensions	Auteurs	Terminologie
Le réseau social ou de soutien	Barrera (1986) Streeter et Franklin (1992) Vaux (1988) Pierce, Sarason et Sarason (1996) Bruchon-Schweitzer (2002)	• L'intégration sociale (<i>social embeddedness</i>) • Les ressources du réseau de soutien (<i>support network resources</i>) • Le réseau de soutien (<i>supportive network</i>) • Le réseau social (<i>social network</i>)
Les comportements de soutien		• Le soutien reçu (<i>enacted support</i>) • Les comportements de soutien (<i>supportive behavior</i>) • Les relations de soutien (<i>supportive relationships</i>) • Le soutien social reçu (<i>functional social support</i>)
L'appréciation subjective du soutien social		• La perception du soutien social (<i>perceived social support</i>) • L'appréciation du soutien (<i>support appraisals</i>) • La perception du soutien social (<i>perceived social support</i>)

On distingue ainsi trois dimensions principales du soutien social que sont le réseau social, le comportement de soutien et l'appréciation subjective du soutien social.

1.2.1 Le réseau social et réseau de soutien.

Le réseau social personnel revoit ici à l'ensemble des liens sociaux stables, généralement positifs, entretenus par un individu. Il peut être décrit par sa taille (le nombre de personnes formant le réseau) et sa densité (le nombre de personnes reliées dans ce réseau par rapport à sa taille). Les liens peuvent reposer sur des aspects normatifs ou affectifs. Dans le premier cas, chacun occupe un rôle par rapport aux autres (père, fils, voisin, etc.). Dans le second, des sentiments réciproques de proximité animent chaque membre du réseau. Le réseau peut également reposer sur des relations d'échanges, permettant la mise en commun des ressources. Le réseau de soutien, quant à lui, peut s'envisager comme un sous-ensemble du réseau social, vers qui la personne peut se tourner pour obtenir de l'aide (Vaux, 1988). Barrera (1986), ainsi que Streeter et Franklin (1992), parlent d'« intégration sociale » pour rendre compte des liens ou contacts d'un individu avec les autres personnes significatives de son environnement. L'intégration sociale serait associée au sentiment d'appartenance à la communauté. Provenant à l'origine des travaux de Durkheim (1897), l'intégration sociale renvoie au degré avec lequel une personne participe et s'investit dans le milieu social et plus globalement dans le champ des relations sociales.

1.2.2 Les comportements de soutien

Le soutien social doit être envisagé à travers l'ensemble des actions ou des comportements concrets qui fournissent effectivement de l'aide à la personne (Barrera, 1986). Le soutien ainsi reçu est dit « actif » car il fait référence à l'utilisation « effective » des ressources du réseau social (Tardy, 1985). Il s'agit d'un soutien concret qui peut se manifester par l'écoute, l'expression des inquiétudes, le prêt d'argent, l'aide pour réaliser une tâche, l'opinion des autres, une démonstration d'affection. Barrera (1981), définit les comportements de soutien (ou soutien reçu) comme « l'ensemble des actions ou des comportements qui fournissent effectivement de l'aide à la personne ». Bruchon-Schweitzer (2002) souligne que ces divers types de soutien doivent être considérés non seulement selon leur fonction, mais aussi selon leur adéquation avec les caractéristiques de la situation stressante et avec les attentes et les besoins de l'individu.

Encadré 6.2 - Soutien social, dépression et troubles anxieux

Le soutien perçu et reçu a été étudié en lien avec la dépression. Un faible niveau de soutien social est souvent associé au développement d'un épisode dépressif majeur. Les résultats d'une étude (adultes âgés entre 18 et 64 ans), menée en Hollande auprès de patients dépressifs, montre que le manque de soutien social contribue de la chronicisation du trouble (Wade et Kendler, 2000). À l'inverse, le soutien social perçu provenant des amis et de la famille contribue à prédire la rémission d'un épisode dépressif majeur (Nasser et Overholser, 2005).

1.2.3 L'appréciation subjective du soutien ou le soutien social perçu

On peut considérer l'appréciation subjective du soutien social (ou soutien social perçu) comme l'évaluation par la personne qui en bénéficie (degré de satisfaction) de l'aide apportée par autrui (Barrera, 1981; Sarason, Shearin, Pierce et Sarason, 1987). L'appréciation subjective du soutien recouvre elle-même plusieurs dimensions, telles que le sentiment de bénéficier de suffisamment de soutien, la satisfaction à l'égard du soutien reçu, la perception selon laquelle les besoins de soutien sont comblés, la perception de la disponibilité et de l'adéquation du soutien et, enfin, la confiance au fait que le soutien sera disponible en cas de besoin. Le soutien social perçu peut être défini comme « l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits » (Procidano et Heller, 1983). Percevoir que son entourage apporte appui, assistance et qu'il est disponible en cas de besoin est une autre forme du soutien. Selon Cohen et Wills (1985), c'est précisément le fait d'être convaincu que certaines personnes peuvent nous aider qui atténue l'impact délétère d'un événement stressant. Ce n'est pas le nombre de connexions ou d'interactions sociales qui est protecteur, mais le fait que parmi ces relations, certaines soient suffisamment intimes pour permettre compréhension, empathie et confidences dans les moments les plus difficiles. Le soutien social perçu serait lié à une expérience personnelle plutôt qu'à un ensemble de circonstances objectives. Ainsi, de très petits réseaux peuvent s'avérer supportant, alors que de grands réseaux, au contraire, peuvent n'apporter aucun soutien. Un soutien social n'est satisfaisant que si le sujet évalue ce qu'il reçoit ou pense recevoir comme adéquat par rapport à ses attentes et à ses besoins (Sarason *et al.*, 1987).

Le soutien social apparaît comme un concept aux expressions multiples qui ne peut se réduire à la seule dichotomie dominante dans la littérature entre d'une part, un soutien social (forcément) positif et bienveillant, prédictif d'une adaptation optimale pour les victimes qui en bénéficient (Keppel-Benson *et al.*, 2002) et

d'autre part, l'absence de toute forme de soutien social, qui laisserait les victimes dans la solitude, livrées à elles-mêmes dans leur lutte face aux difficultés de la vie. Une telle approche ne tient pas compte de ce que seraient les conséquences d'une réponse négative de l'environnement social (Davis *et al.*, 1991 ; Ullman, 1996a, b). La plupart du temps dans la littérature, faire des reproches à une personne en situation difficile, à une victime ou à un malade par exemple, est envisagé comme un manque de soutien ou un déficit de soutien social positif.

C'est dans cette perspective que Ullman (1996 a, b) a proposé de décliner le concept de soutien social à travers trois composantes distinctes que sont le soutien social positif, le soutien social négatif et l'absence de soutien social. Le soutien social positif implique plusieurs types de conduites qui vont de l'aide informationnelle, à l'aide émotionnelle en passant par une réaction d'espoir dans l'avenir, d'écoute ou encore d'empathie. Cette forme de soutien social a pour effet de réduire significativement les troubles émotionnels (Ullman, 1999). En ce qui concerne le soutien social négatif, ce dernier inclut des conduites comme le blâme, l'incrédulité, la culpabilisation ou la prise de contrôle quant aux choix et aux décisions de la victime. Ces réactions de soutien négatif montrent de nombreux liens avec un maintien d'états psychologiques négatifs et une réduction des capacités d'adaptation des victimes (Pruitt et Zoellner, 2007). Pour Ullman (1999), ces différentes formes de soutien social peuvent en outre se différencier selon deux modalités complémentaires selon qu'elles sont informelles ou formelles. Un soutien social informel impliquerait les membres de la famille, les amis, les conjoints ou tous les êtres aimés et proches de la victime. Ils sont considérés comme une ressource informelle car l'expression de ce soutien social ne dépend d'aucun cadre institutionnel ou organisationnel. Le soutien est *a priori* mobilisable pour le sujet qui en a besoin. Ces aides informelles sont disponibles, choisies et fréquemment en contact avec la victime. Quant au soutien social formel, il renvoie aux ressources institutionnelles et formalisées (par exemple le personnel d'encadrement ou les collègues). Lorsque par exemple un événement susceptible de porter atteinte à l'intégrité physique ou morale d'un salarié se déroule en contexte professionnel, les entreprises peuvent se mobiliser pour soutenir le salarié victime. La nature du lien social qui s'établit alors est formelle en ce sens qu'elle résulte d'un mode de relation déterminée par la situation et non par la volonté du sujet, qui se trouve confronté à des aidants qu'il peut ne pas connaître et vis-à-vis desquels il peut n'avoir aucune affinité ou nourrir des sentiments négatifs ou de méfiance. Cette aide, qui bien que partant d'un bon sentiment, peut d'une manière ou d'une autre être considérée comme imposée au salarié.

2. Soutien social, santé et maladie

Dans le domaine de la santé et de la maladie il convient de distinguer ce qui relève de la souffrance psychologique et ce qui relève de la maladie somatique. Ces deux champs bien que proches ont donné lieu à des recherches et des constats cliniques spécifiques, même si tous aboutissent à une même conclusion qui consacre l'importance du soutien social pour le malade quelles que soient les pathologies ou les troubles de ces derniers.

2.1 Soutien social et santé psychologique

Le soutien social à travers ses diverses déclinaisons peut avoir un rôle modérateur sur la régulation de la charge émotionnelle de patients présentant des troubles psychiques en conduisant notamment à une atténuation des symptômes qu'ils soient dépressifs, anxieux ou post-traumatiques (Feeney et Collins, 2015). De tels résultats s'observent aussi dans le domaine du stress. En effet, certains auteurs (Dressler et Bindon, 2000 ; Seeman, 2001) ont ainsi montré qu'une personne peut percevoir une situation comme stressante et ne pas avoir de réactions d'anxiété et de détresse, si elle bénéficie d'un soutien social adapté. À l'inverse, un faible soutien social semble constituer un facteur de risque face à un événement stressant.

Encadré 6.3 - Soutien social et santé au travail

Dans leur ouvrage consacré au soutien social, Eisenberger et Stinglhamber (2011) montrent que des employés qui reçoivent du soutien au sein de leur organisation, sont motivés à diriger leurs efforts en faveur de l'organisation, ainsi que vers une aide et un soutien plus accru envers leurs collègues. Dans le même ordre d'idées, Kinnunen, Feldt et Mäkikangas (2008) ont montré que le soutien social augmentait l'engagement des salariés, leur sentiment de contrôle, leur motivation et leur confiance en soi. À cet égard Schuster (2010) a isolé¹ quatre paramètres susceptibles d'agir sur le burn-out : le soutien social, le soutien organisationnel, l'efficacité au travail, le style de coping. C'est le soutien social en termes d'appréciation perçue (soutien social perçu) et de respect de la part de la hiérarchie qui s'est avéré avoir la plus grande influence sur le développement du burn-out !

1. Étude réalisée auprès d'une population de 2 300 employés de banque en Allemagne.

Des travaux réalisés auprès d'étudiants et d'adolescents (Karacaa *et al.*, 2019; Kaltiana-Heino *et al.*, 2001) ont montré que le soutien social des parents, suivi de celui des amis, puis de celui d'autres adultes était positivement corrélé avec l'évaluation que les adolescents faisaient de leur santé, de leur bien-être, ainsi que de l'image positive qu'ils avaient d'eux-mêmes. De manière similaire Mechanic et Hansell (1987) ont mis en évidence que la participation à des activités avec d'autres adolescents était associée à une bonne évaluation de la santé, ainsi qu'à une disposition moindre à la dépression. Plus les adolescents se sentent soutenus, plus leur qualité de vie et leur santé mentale semble préservée. Le soutien social et familial apparaît donc comme les meilleurs remparts au risque suicidaire des adolescents. Les recherches réalisées auprès de sujets adultes apportent des résultats identiques (Cohen et Syme, 1985), alors que d'autres confirment s'il le fallait, que l'absence de soutien social est un élément propice à la survenue de désordres psychiatriques.

Le trouble de stress post-traumatique (ou TSPT) est dans ce domaine l'une des pathologies psychiques qui a le plus fait l'objet d'études en lien avec les effets du soutien social. Deux méta-analyses récentes (Brewin *et al.*, 2000; Ozer *et al.*, 2003, Zhen, *et al.*, 2018) révèlent que c'est le manque de soutien des proches qui apparaît comme l'un des trois plus importants facteurs de risque au développement et de maintien du TSPT.

Dans une étude récente (Wilk *et al.*, 2019) qui portait sur le risque de suicide chez des vétérans (Irak et Afghanistan) de l'armée américaine avec un diagnostic de TSPT, il est apparu que le soutien social et familial était une dimension sur laquelle il convenait d'agir pour limiter le risque de passage à l'acte des soldats victimes. Les données sur le trouble panique indiquent également que les patients ont davantage tendance à rechercher du soutien social que ceux aux prises avec d'autres troubles anxieux. Davidson *et al.* (1994) montrent ainsi que les individus avec un diagnostic de phobie sociale (plus que les sujets d'un groupe témoin) indiquent que selon eux ils ne sont pas assez écoutés et qu'ils ont le sentiment de ne pas pouvoir compter sur leur famille et leurs amis. Furmark *et al.* (1999) rapportent enfin que les individus avec une phobie sociale sont plus à risque de manquer de soutien social que ceux sans phobie, sans doute en raison de leurs anticipations négatives (peur du jugement négatif des autres, peur d'être ridiculisé) et des comportements d'évitement qui en découlent et qui accentuent la perception du manque de soutien.

2.2 Soutien social et maladie physique

S'il existe un lien positif entre le soutien social et le maintien de la santé mentale, celui-ci se retrouve aussi en ce qui concerne la santé physique (Serovich *et al.*, 2001). Nombreux sont les travaux qui soulignent les effets positifs du soutien social sur la santé. Ces derniers peuvent être soit directes (soutien comme source d'épanouissement personnel et de dynamisme où les sujets adoptent un style de vie sain qui les protège des maladies), soit indirectes (soutien considéré comme ayant un effet tampon). Dans ce dernier cas, soit le soutien permet d'interpréter moins dramatiquement la menace que représente la situation stressante, soit l'individu qui se sent soutenu déploie des stratégies de *coping* plus efficaces qu'un individu qui a le sentiment de devoir seul faire face à l'adversité ou à la maladie (Wahl *et al.*, 2001). Les chercheurs ont, par exemple, montré que la douleur d'un patient pouvait être atténuée par la présence d'amis et de parents auprès de lui (Chea *et al.*, 2018). Cohen et Syme (1985) ou Giese-Davis *et al.* (2000) ont repéré que les malades en phase terminale de cancer faisaient souvent preuve d'une plus grande adaptation quand ils pouvaient compter sur des personnes pour les soutenir. Il y a quelques exceptions à la règle, mais le contexte dans lequel on observe de telles exceptions permet généralement d'en comprendre le sens.

On a ainsi constaté (Thompson, 2017) que le taux de survie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein était meilleur s'il existait un soutien émotionnel de qualité, mais qu'il était également meilleur chez les femmes célibataires ou séparées comparativement aux femmes mariées. L'ambiguïté du lien conjugal apparaît donc ici ! Les femmes mariées apparaissent à la fois plus entourées et plus perturbées quant à l'image de leur corps et de leur féminité du fait de la présence permanente à leur côté d'un conjoint partageant leur vie quotidienne. Dans un contexte tout autre qui est celui des femmes sans domicile fixe, on montre en revanche que la solitude est un facteur de vulnérabilité face à la drogue (Nyamathi, Flaskerud, Keenan et Leake, 1998), au stress (Schutt, Meschede et Rierdan, 1994) et aux problèmes de santé physique (Cousineau, 1997).

On peut donc dire que, dans la plupart des cas, le soutien social constitue un facteur d'efficacité face à la maladie, en particulier chez les plus démunies socialement rendues plus vulnérables en raison de leur désinsertion sociale. Les inégalités sociales se prolongent donc non seulement dans la maladie, mais aussi dans les chances de rémission, en raison notamment de l'impossibilité de certains malades à faire appel à leur environnement social.

Encadré 6.4 - Ajustement psychologique des couples confrontés à un cancer du sein : perceptions des comportements de soutien du conjoint (Stulz *et al.*, 2014)

L'étude transversale de Stulz *et al.* (2014) a exploré les liens entre l'ajustement psychologique des couples dont la femme est traitée pour un cancer du sein et la perception des comportements de soutien de la part de son conjoint. Quarante-huit femmes opérées d'un cancer du sein non métastatique et leur conjoint ont complété des questionnaires évaluant l'ajustement psychologique (anxiété, dépression), et le caractère aidant des comportements de soutien du conjoint lors d'échanges autour de la maladie. Les résultats montrent que le soutien par la dédramatisation est associé à moins de symptômes dépressifs chez les patientes comme chez les conjoints. Pour ces derniers, la perception positive du soutien par les actions concrètes est associée à un score plus bas de dépression. Les résultats soulignent l'importance du réconfort non verbal et de la dédramatisation ainsi que l'utilité du soutien à travers des actions concrètes auprès du conjoint malade.

Le soutien social fournit aux malades des modèles de croyances (attributions causales, perceptions des risques, perception de vulnérabilité) ce qui lui permettrait de redéfinir sa perception du monde, de la maladie et de lui-même. Ceci contribue ainsi à transformer ses comportements de santé qui sont alors plus orientés, vers une optimisation des ressources (styles de vie sains ou à risque), conduisant ainsi à un effet bénéfique sur sa santé. On assisterait donc à une forme de « normalisation » ou de « mimétisme » du fonctionnement cognitif du malade qui se « calerait » sur les représentations du monde de son entourage. Le malade épouserait en quelque sorte les schèmes cognitifs et affectifs de son entourage surtout lorsqu'ils sont tournés vers la vie et l'optimisme, à défaut de pouvoir les produire seul de manière adaptative. Cela permettrait de l'extraire d'une vision négative et pessimiste du monde, de lui-même et de sa situation. Une telle idée n'est envisageable que si le malade dispose d'une certaine sensibilité au point de vue de l'autre. S'il s'avère être totalement hermétique, indépendant et arc-bouté sur lui-même et ses opinions, il est peu probable que le soutien provenant d'un tiers puisse ne pas avoir aucune efficacité et influence. Ainsi, le fait de bénéficier d'un soutien social (notamment de type informatif) pourrait conduire à réduire certains comportements délétères pour la santé, tels que la consommation d'alcool, de tabac ou d'autres substances psychoactives, et promouvoir l'adoption de certains comportements sains, en lien avec l'hygiène de vie, le recours au dépistage ou aux soins, l'observance thérapeutique, la recherche d'assistance, etc. Enfin, le soutien social pourrait intervenir, en agissant sur le choix de stratégies de coping plus adaptées. Des études sur les liens entre le soutien social perçu et l'ajustement au cancer ont montré que la perception

de soutien social était positivement associée à l'utilisation de stratégies adaptatives, comme la recherche d'information, l'humour ou l'esprit combatif, et négativement corrélée aux stratégies dysfonctionnelles comme le déni, l'acceptation stoïque ou le fatalisme (Zhou *et al.*, 2010). Un manque de soutien, semble conduire à des ruminations incessantes, à des préoccupations vis-à-vis de la maladie, à un apitoiement et par conséquent, à une détresse psychologique plus importante.

Comment favoriser la mobilisation du soutien social ? Comment activer ou stimuler une ressource que chacun s'accorde à considérer comme essentielle ? Comment proposer aux malades une ressource qui peut ne pas être disponible ? Des groupes peuvent dans ce domaine être constitué et jouer alors ce rôle d'étayage.

3. Le soutien social de l'entourage

Les patients doivent être en mesure d'identifier les sources potentielles de soutien social au sein de leur entourage afin de pouvoir les utiliser efficacement. C'est la raison pour laquelle il peut être souhaitable, soit d'inviter les malades à mobiliser ce dernier quand c'est possible, soit de les informer sur les possibilités qui s'offrent à eux, en faisant alors appel à des moyens plus formels, qui pourront le cas échéant se substituer ou compléter la fonction de soutien des aidants familiaux ou naturels¹.



Encadré 6.5 - Le temps des enfants devenus des aidants !

Comme le rappelle Guédeney (2019), l'enfant devenu adulte et souvent conduit un jour ou l'autre à prendre en charge les besoins de membres plus âgés de sa famille (notamment ses ascendants). On parle alors de « maturité filiale » (Sörensen *et al.*, 2002) ou d'« inversion des rôles » (Shaver et Milulincer, 2004). Les enfants adultes deviennent alors des figures d'attachement protectrices pour leurs parents vieillissants et vulnérables. Les aidants filiaux sont le plus souvent les filles (Magai, Frias

1. Selon le Code de l'action sociale et de la famille (article R. 245-7 du Code de l'action sociale et des familles) : « Est considéré comme un aidant familial, le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle le bénéficiaire a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré du bénéficiaire, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du couple qui apporte l'aide humaine et qui n'est pas salarié pour cette aide. » L'aidant familial est classiquement défini comme « la personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non » (Charte européenne de l'aidant familial, 2007-2013).

→ et Shaver, 2016). Fingerman (2004) insiste sur le fait que les liens affectueux entre les mères et leurs filles adultes semblent les plus forts et les plus durables des liens intergénérationnels. D'après ses études sur les femmes très âgées, 75 % des mères indiquent que leurs filles font partie des trois plus importantes personnes de leur vie. Elles sont souvent citées comme celles avec qui la mère par exemple se sent le mieux et avec qui elle parle le plus volontiers si elle se sent mal !

Si les proches apportent généralement le soutien et les interactions dont chaque malade a besoin pour ne pas sombrer dans l'isolement. Leurs préoccupations peuvent, à l'inverse, devenir rapidement étouffantes. Être un aidant familial n'est pas aussi simple qu'il y paraît ! En effet, les membres de la famille et l'entourage direct du malade ont parfois besoin d'être guidés dans leurs démarches de soutien, afin que leurs « bonnes intentions » n'aient pas un effet néfaste (Dakof et Taylor, 1990) sur les malades auxquels ils souhaitent venir en aide. On sait par exemple que l'attitude première des personnes qui souhaitent encourager un malade est le plus souvent d'être d'humeur joyeuse et positive. Une telle attitude peut, paradoxalement, avoir un effet négatif en mettant le malade dans une situation qui rend impossible le partage sa détresse avec d'autres. Ainsi, une aide de qualité ne pourra s'envisager que dans le cadre d'une interaction qui tient compte de la situation du malade, ce qui nécessite une attention vigilante et permanence à la situation psycho-émotionnelle de ce dernier. C'est donc d'une aide « ajustée » qu'il convient de mobiliser, ce qui implique pour une part au moins d'être capable de se décentrer de ses propres états internes, afin de s'adapter en permanence l'écoute des besoins du patient. Bien qu'il soit membre de la famille de l'aidant naturel, le malade est avant toute chose un malade ! Cela implique, qu'il faut être capable de sortir des scripts interactionnels qui jusque-là étaient en vigueur avec son mari ou sa femme pour réinventer en permanence un mode de relation qui non seulement tient compte du lien antérieur, mais qui en plus prend la mesure d'une réalité nouvelle : la maladie et sa spécificité. Il faut donc faire preuve de discernement, ce qui est loin d'être aisé ! Depuis l'annonce de la maladie, les aidants naturels vivent les mêmes étapes réactionnelles que les malades. La colère prend même parfois pour cible le malade lui-même que l'on peut accuser d'être un peu responsable de cette catastrophe car il a trop fumé par exemple ou qu'il s'est négligé des années durant ! Une aide tangible, concrète telle que conduire et accompagner un malade à différents rendez-vous médicaux, peut être importante à certains moments. Alors qu'à d'autres, un soutien émotionnel et une présence plus forte seront souhaitables (Dakof et Taylor, 1990). Pour discerner les conduites de soutien adaptées de celles qui ne le sont pas, l'environnement social du malade doit pouvoir faire appel à des

professionnels qui pourront informer les membres de la famille, les former ou les guider en fonction des circonstances et des phases de la maladie.

Dans le cas du cancer par exemple, on constate selon les cas un affaiblissement ou une consolidation des liens dans le couple (Delvaux et Ravazi, 1998). Une étude de la DRESS et de l'INSERM intitulée « La vie deux ans après un diagnostic de cancer » montre que 76 % des personnes interrogées vivent toujours avec la même personne depuis le diagnostic. Parmi celles-ci, 37 % déclarent que le cancer a renforcé leur relation de couple, 7,7 % qu'il l'a détériorée et 55 % qu'il n'a pas eu de conséquences. Malgré cela, il faut préciser que même si majoritairement les personnes déclarent avoir des rapports sexuels deux ans après le diagnostic de cancer (15 % de manière régulière et 47 % de temps en temps), 65 % admettent que la maladie a eu des répercussions négatives sur leur vie sexuelle. On le voit, le rôle des proches est délicat et malgré les bonnes intentions des aidants, il peut être utile de faire appel à d'autres ressources psychosociales.

Les groupes de soutien à l'adresse des malades peuvent à cet égard, être d'une aide importante pour éviter le repli sur soi des malades. Le développement de la communication et le partage d'expériences qui est au centre de tels groupes ne pourront que contribuer à la diminution du sentiment d'isolement social, à la création de liens sociaux, à l'expression des émotions et à la désensibilisation des malades par rapport aux peurs, qui sont les leurs. Si ces groupes de soutien concernent le plus souvent les malades, ils peuvent également s'adresser aux familles.

4. Un soutien pour les malades, un soutien pour les familles

Le groupe représente une ressource importante pour les patients atteints par la maladie chronique ou la maladie grave, ainsi que pour les familles qui les accompagnent dans cette épreuve (Spiegel et Classen, 2000). Il permet l'évocation et le partage des problèmes rencontrés et fournit souvent des informations, concernant la manière dont les autres viennent à bout des problèmes que leur pose la maladie.

4.1 Les groupes de soutien aux malades

Ces groupes peuvent satisfaire les personnes qui ne rencontrent pas de soutien social de la part de leur famille. Ils peuvent être selon les cas soit proposés par les professionnels de la santé soit être initiés par les malades eux-mêmes.

4.1.1 Les groupes organisés par des professionnels de la santé

Les groupes organisés par des professionnels de la santé sont souvent proposés pour promouvoir le soutien émotionnel, l'information et l'éducation des malades (Classen *et al.*, 2001). Ils sont animés et organisés par des médecins, des psychologues, des travailleurs sociaux ou des infirmiers et mettent principalement l'accent sur les besoins émotionnels des participants (malades et familles). Dans un tel contexte, un des aspects les plus importants reste l'échange d'expériences vécues entre les participants. Cela permet aux patients de mieux identifier leurs besoins et limite le sentiment d'aliénation de ces derniers à la maladie par une validation et une reconnaissance des sentiments et attitudes ressentis. Ces groupes favorisent aussi la circulation des informations et apportent une meilleure compréhension des problèmes généralement rencontrés. L'aide et l'échange mutuels qu'offrent ces groupes sont aujourd'hui largement reconnus, ce qui amène les centres de soins à encourager leur création. Ils permettent aux malades atteints par le cancer par exemple de retrouver des valeurs fondamentales souvent négligées ou considérées comme secondaires chez les non malades comme la solidarité, l'affection et le soutien des autres. Un autre effet intéressant et souvent méconnu de ces groupes est le renforcement d'une certaine conformité au groupe qui peut prendre des formes parfois contradictoires : soit en favorisant l'observance des malades à leur traitement, soit au contraire en conduisant ces derniers à une remise en question des soins médicaux dont ils font l'objet. C'est pourquoi, ces techniques de groupes doivent s'insérer dans une perspective éthique, afin qu'elles préservent un caractère thérapeutique et qu'elles évitent les dérives manipulateurs propres aux phénomènes de groupes.

4.1.2 Les groupes organisés par les malades eux-mêmes

Les groupes organisés par les malades sont aussi un lieu privilégié de manifestation et d'expression du soutien social. Ce soutien n'émane pas des individus qui composent le réseau social ou de l'entourage habituel de l'individu, mais bien d'individus qui se regroupent pour s'entraider lorsqu'ils ont à faire face à une difficulté ou à un problème¹. Ces groupes d'entraide rassemblent des membres qui sont malades, victimes d'une crise ou d'un bouleversement dans leur existence. Les membres sont tous perçus comme égaux et s'entraident en se manifestant un soutien moral réciproque, en partageant leurs expériences et en discutant ensemble.

.....
1. Le groupe d'entraide le plus connu reste probablement celui des « Alcooliques Anonymes » ou « AA ».

Certains parlent à cet égard de « soutien averti » (Hart, Mann et Stewart, 1992). La participation des membres à ces groupes est évidemment libre et bénévole. Ils mettent l'accent sur le soutien matériel et informationnel à certaines périodes et l'interrompent à d'autres, en période de deuil par exemple. Ils offrent l'avantage de constituer aussi une aide pour ceux qui l'initient. En effet, aider activement permet de se reconstruire une image et une estime de soi, souvent altérée par la maladie. Si la participation active des malades favorise leur adaptation, les groupes proposés par des professionnels semblent au contraire conduire à une certaine passivité des malades. On peut dire globalement que les membres de ces groupes suivent des objectifs qui peuvent être classés selon trois grandes catégories : se changer soi-même, s'adapter à la situation ou changer les réactions de la société. Razavi et Delvaux (1998) proposent une codirection des groupes par des professionnels et des malades afin de mieux répondre aux besoins de ces derniers et de leur famille. Dans les années 1980 de nombreuses études mettaient en évidence la pertinence d'une co-direction des groupes. Deux études, une de Litwak (1985) et l'autre de Yoak (1985), réalisées auprès de parents d'enfants cancéreux illustrent parfaitement les choses.

Dans la première étude le groupe était mené par des psychologues et dans la seconde par les parents eux-mêmes. Il s'avère que le groupe mené par les professionnels a orienté sa démarche sur la détresse des familles alors que le groupe mené par les parents, s'est focalisé sur des objectifs plus matériels. Ainsi, en fonction de leur représentation des besoins des participants, les animateurs ont selon les cas surestimé ou sous-estimé certains aspects plutôt que d'autres. Ainsi, les familles semblent sous-estimer les besoins émotionnels, alors que les professionnels les surestiment en négligeant les besoins informationnels et matériels. Dans un tel contexte le principe de la codirection apparaît comme une solution intermédiaire intéressante et fédérative qui à n'en pas douter devrait favoriser une prise en compte plus exhaustive et plus adaptées des besoins des familles confrontées à la maladie.

À plusieurs reprises nous avons évoqué l'importance de la famille en tant que soutien social. Cette dernière ne pourra véritablement jouer un tel rôle qu'à la condition expresse d'être structurée et « solide », ce qui est loin d'être toujours le cas. Dans les faits, il est souvent nécessaire de venir préalablement en aide à la famille et avec elle de faire face à ses propres dysfonctionnements, que la maladie ne manque pas de révéler ou d'amplifier. C'est la raison pour laquelle il est fréquent de proposer une prise en charge globale des malades et des familles dans le cadre d'une thérapie familiale (Fishman, Andes et Knowlton, 2001).

4.2 Les groupes de soutien aux familles

La survenue de la maladie n'est pas sans conséquence sur l'état psychologique des familles qui ont souvent besoin d'une aide extérieure pour communiquer, réagir, comprendre et faire face à la situation nouvelle et déstabilisante que provoque la maladie. Les objectifs des groupes de soutien aux familles sont d'aider ces dernières à ne pas se replier sur elle-même, de les amener à créer de nouvelles relations et de favoriser la communication avec le malade.

Encadré 6.6 - Aider les aidants

Gaugler *et al.* ont réalisé en 2007 une étude interventionnelle auprès de quatre cent six conjoints pour évaluer l'efficacité d'un accompagnement lors de l'entrée du patient Alzheimer en institution. L'accompagnement proposé consistait en séances de soutien psychologique familial, de participation à des groupes et d'un suivi psychologique téléphonique. Lors de ce suivi (suivi moyen : 9,5 années), les auteurs ont constaté l'existence d'une baisse significative sur le score de dépression dans le groupe accompagné par rapport au groupe témoin.

Ces interventions ont un objectif de prévention et de traitement. Elles permettent d'une part d'agir rapidement lorsque des troubles psychologiques et parfois psychiatriques se développent et d'autre part de rendre plus résistants les membres de la famille qui potentiellement peuvent être confrontés au décès du malade. Mettre l'accent sur le confort de la famille du malade a plusieurs conséquences. La première est que le malade puisse en bénéficier rapidement par l'amélioration tant quantitative que qualitative du soutien que la famille va lui offrir. La seconde plus directe concerne le bénéfice que peut tirer chaque membre de la famille grâce à une meilleure répartition de la charge affective que représente l'aide au malade. Ces interventions familiales sont donc surtout centrées sur les aspects émotionnels. Elles s'appuient sur les caractéristiques de la structure familiale, l'histoire et les croyances de ces membres, ainsi que sur la dynamique des relations avec l'équipe soignante (Ducharme, 2001). Les familles des patients ont souvent le sentiment que leur souffrance n'est pas légitime et que parfois elle est même indécente ! Elles éprouvent souvent vis-à-vis du malade des sentiments ambivalents en raison de la fracture que représente la maladie pour une famille. Le type de soutien familial reste bien entendu lié à la maturité psychique de la famille, à laquelle le thérapeute devra s'adapter. Cependant le fait de permettre et de favoriser l'expression des émotions, de les reconnaître, ne pourra qu'avoir un effet positif. La reconnaissance sociale de la souffrance a pour effet de restaurer chez eux une certaine estime de

soi. Cette légitimité redonnée par l'écoute et la compréhension du thérapeute est un élément crucial sur lequel la famille pourra s'appuyer pour à son tour soutenir le malade de façon efficace.

L'accompagnement psychologique dans le cadre de groupes de parole entre aidants peut être un vecteur de resocialisation. Ainsi, en leur offrant un espace d'élaboration et portés par la dynamique de groupe, les aidants vont trouver du soutien, des expériences similaires, donner place à leur souffrance, y trouver un espace de non-jugement et probablement adapter leurs stratégies de coping. Cela peut favoriser alors l'émergence d'une forme de résilience (Verdon, 2009). Le groupe de parole permet en tout premiers lieux d'informer les aidants sur la maladie, ses évolutions possibles, les troubles qui en découlent et la façon de les accompagner. Le groupe vise également à porter un regard nouveau (ni dévaloriser, ni diminué) sur le proche malade (Boutoleau-Bretonnière *et al.*, 2009). Le groupe va également permettre l'écoute, la reconnaissance de l'aidant dans ses émotions et ses représentations. C'est aussi un lieu un espace qui permet de déposer son « fardeau ».

En guise de conclusion

Ce chapitre a présenté l'importance et le rôle du soutien social pour la santé. Pour la psychologie de la santé, les études menées dans ce domaine montrent dans leur ensemble les effets bénéfiques du soutien social sur la santé. La psychologie de la santé a toujours cherché des moyens non médicaux pour prendre en charge et accompagner les malades et leurs proches. S'il est vrai qu'un faible niveau de soutien social est un facteur de vulnérabilité, il est clair que le rôle d'un tel support n'est ni simple, ni linéaire, car il entre en interaction avec de nombreux autres facteurs (contexte familial, insertion sociale ; type de maladie, stratégie de coping, sentiment de contrôle, personnalité...).

Si le soutien social est souvent évoqué dans le domaine de la recherche en psychologie de la santé, il l'est plus rarement lorsque l'on pose la question cruciale de sa mise en œuvre auprès des malades. Sans doute que la psychologie de la santé devra à l'avenir développer une réflexion plus étroite sur la question de la prise en charge des malades en tenant compte de leur état, de la nature de maladie et de leur environnement social. Cette prise en compte du contexte dans lequel se trouve la malade ne pourra déboucher que sur des interventions plus adaptées, plus écologiques et espérons le plus efficaces. Mais elle nécessite dans tous les cas une

ouverture à d'autres champs de la psychologie (comme la psychologie sociale par exemple) peu habitués à s'intéresser aux malades dans un but thérapeutique mais qui pourtant peuvent apporter une contribution inestimable au développement de la réflexion sur ce sujet.

DÉFINITION DES CONCEPTS

⇒ **Soutien social**: cette notion a été introduite en psychologie de la santé pour désigner l'entourage social du malade, entendu non seulement dans ses caractéristiques objectives, mais également dans la façon dont les individus le perçoivent. Des études ont montré que quelqu'un peut percevoir une situation comme stressante et ne pas avoir de réactions d'anxiété et de détresse, s'il bénéficie d'un soutien social. À l'inverse, un faible soutien social semble constituer un facteur de vulnérabilité face à un événement stressant. L'importance et la spécificité du soutien social ne résident pas dans la somme des relations, mais plutôt dans la qualité des supports affectifs qu'elles représentent pour un malade. Dans ce sens, le soutien social renvoie aux sentiments de sécurité qu'un individu éprouve du fait qu'il peut compter ou non sur quelqu'un lorsqu'il lui arrive un malheur.

⇒ **Groupes organisés par des professionnels de la santé**: il s'agit de groupes proposés pour promouvoir le soutien émotionnel, l'information et l'éducation des malades. Ils sont animés et organisés par des médecins, des psychologues, des travailleurs sociaux ou des infirmiers et mettent principalement l'accent sur les besoins émotionnels des participants (malades et familles). Un des aspects le plus important reste l'échange d'expériences vécues entre les participants. Cela permet aux patients de mieux identifier leurs besoins. Ces groupes favorisent la circulation des informations et apportent une meilleure compréhension des problèmes généralement rencontrés par les malades.

⇒ **Groupes organisés par les malades**: ce soutien n'émane pas des individus qui composent le réseau social ou de l'entourage habituel de l'individu, mais bien d'individus qui se regroupent pour s'entraider lorsqu'ils ont à faire face à une difficulté ou à un problème. Ces groupes d'entraide rassemblent des membres qui sont malades, victimes d'une crise ou d'un bouleversement dans leur existence. Les membres sont tous perçus comme égaux et s'entraident en se manifestant un soutien moral réciproque, en partageant leurs expériences et en discutant ensemble. Certains parlent à cet égard de « soutien averti ».

⇒ **Groupes de soutien aux familles**: la survenue de la maladie n'est pas sans conséquence sur l'état psychologique des familles. Et à cet égard elles ont souvent besoin d'une aide extérieure pour communiquer, réagir, comprendre et faire face à la situation nouvelle et déstabilisante que provoque la maladie c'est ce que ce type de groupe permet de réaliser.

⇒ **Stratégies de soutien** : le soutien est le fait d'une attitude positive, de non-jugement et d'acceptation du malade par le soignant. Relié aux attitudes, le mode non verbal est souvent utilisé dans la stratégie de soutien. Il offre aux patients la possibilité de ventiler leurs émotions, d'être reconnus et de restaurer une certaine forme d'estime de soi. Cependant, cette fonction « supportrice » du soutien est très difficile à mettre en œuvre pour le soignant souvent soumis aux contraintes de sa situation professionnelle qui peuvent interférer avec sa disponibilité et son ouverture au malade. C'est la raison pour laquelle une telle fonction doit dans le système de santé être dévolue au psychologue.

Lectures conseillées

- COHEN, S. et UNDERWOOD, L.G. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientist*. New York: Oxford University Press.
- BUCKI, B. (2015). *Les aidants familiaux. Investir dans des programmes de promotion de leur «capabilité de santé»*. Paris: Academia.
- SARASON, B.R. et DUCK, S. (2001). *Personal relationships: Implications for clinical and community psychology*. Chichester: John Wiley et Sons.
- SPIEGEL, D. et CLASSEN, C. (2000). *Group therapy for cancer patients: A research based Handbook of psychosocial care*. New York: Basic Books.

Bibliographie

- BOZZINI, L. et TESSIER, R. (1985). Support social et santé. In F. Dumont et J. Dufresne (éds.), *Traité d'anthropologie médicale*. Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- CHARTRE EUROPÉENNE DE L'AIDANT FAMILIAL (2007-2013). COFACE-Handicap, Confédération des organisations familiales de l'Union européenne, Belgique. En ligne : <http://www.coface-eu.org>.
- BARRERA, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents: Assessment issues. In B.H. Gottlieb (ed.), *Social Networks and Social Support*. Beverly Hills CA: Sage.
- BARRERA, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14 (4), 413-445.
- BARRERA, M. et AINLY, S.L. (1983). The structure of social support: a conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*, 11, 133-143.
- BEAUREGARD, L. et DUMONT, S. (1996). La mesure du soutien social. *Service Social*, 45 (3), 55-73.
- BENDER, J.L., KAT, J., FERRIS, L.E. et JADAD, A.R. (2013). What is the role of online support from the perspective of facilitators of face-to-face support groups? A multi-method study of the use of breast cancer

- online communities. *Patient Educational Counseling*, 93, 472-479.
- BERKMAN, L.F. et SYME, S.L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: a nine-year followup study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiol*, 109, 186-204.
- BERKMAN, L.F. et SYME, L.S. (1985). The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. In S. Cohen et L.S. Syme (eds.), *Social Support and Health*. New York: Academic Press.
- BOUTOLEAU-BRETTONNIÈRE, C. et VERCELLETTO, M. (2009). Fardeau de l'aidant dans la pathologie Démentielle: lien avec les activités de la vie quotidienne et les troubles psycho-comportementaux. *Psychologie et NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 7 (1), 15-20.
- BRENNSTUHL, M.J., AUDINET, P. et TARQUINIO, C. (2017). Cancer du sein en ligne: effets de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. *Annales médico-psychologiques*, 175 (10), 871-876.
- BREWIN, C.R., ANDREWS, B. et VALENTINE, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod.
- CAPLAN, G. (1961). *An approach to community mental health*. New York: Tavistock.
- CASSEL, J.C. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. The Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- CHEA, X., CASHA, R., CHUNGA, S., FITZGERALD, P.B., BERNADETTE, J. et FITZGIBBONA, M. (2018). Investigating the influence of social support on experimental pain and T related physiological arousal: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 92, 437-452.
- CLASSEN, C., BUTLER, L., KOOPMAN, C., MILLER, E. et al. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer. *Archives of General Psychiatry*, 58 (5), 494-50.
- COBB, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- COHEN, S. et SYME, S.L. (1985). Issues in the study and application of social support. In L. Cohen, et S.L. Syme (eds.), *Social support and health*. New York: Academic.
- COHEN, S. et WILLS, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- COUSINEAU, M.R. (1997). Health status of and access to health services by residents of urban encampments in Los Angeles. *Journal of Health care for the Poor and Undeserved*, 8, 70-82.
- DAKOF, G.A. et TAYLOR, S.E. (1990). Victim's perceptions of social support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 80-89.
- DAVIDSON, J.R., HUGHES, D.L., GEORGE, L.K. et BLAZER, D.G. (1994). The boundary of social phobia: Exploring the threshold. *Archives of General Psychiatry*, 51, 975-983.
- DAVIS, R.C., BRICKMAN, E. et BAKER, T. (1991). Supportive and unsupportive responses of others to rape victims: Effects on concurrent victim adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 19, 443-451.
- DEAN, A. et LIN, N. (1977). The stress-buffering role of social support. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 165 (6), 403-417.
- DELFOSE, C., NILS, F., LASSERRE, S. et RIMÉ, B. (2004). Les motifs allégués du partage social et de la rumination mentale des émotions:

- comparaison des épisodes positifs et négatifs. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 64, 35-44.
- DELVAUX, N. et RAVAZI, D. (1998). *Psycho oncologie: le cancer, le malade et sa famille*. Elsevier: Issy-Les-Moulineaux
- DRESSLER, W.W. et BINDON, J. (2000). The health consequences of cultural consonance: Cultural dimensions of lifestyle, social support and arterial blood pressure in an African American community. *American Anthropologist*, 102 (2), 244-260.
- DUBET, L. (2006). Les relations interpersonnelles. In R.J. Vallerand (éd.), *Les fondements de la psychologie sociale*. Montréal: Gaëtan Morin.
- DUCHARME, F., LEVESQUE, L., GENDRON, M. et LEGAULT, A. (2001). Development process and qualitative evaluation of a program to promote the mental health of family caregivers. *Clinical Nursing Research*, 10 (2), 182-201.
- DURKEIM, E. (1897). *Le suicide. Étude de sociologie*. Paris: PUF.
- EISENBERGER, R., et STINGHAMBER, F. (2011). *Perceived organizational support: Fostering enthusiastic and productive employees*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- FEENEY, B.C. et COLLINS, N.L. (2015). A new look at social support: a theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review*, 19, 113-147.
- FINGERMANN, K.L., HAY, E.L. et BIRDITT, K.S. (2004). The best of ties, the worst of ties: close, problematic, and ambivalent social relationships. *Journal of Marriage et Family*, 66, 792-808.
- FISHMAN, H.C., ANDES, F. et KNOWLTON, R. (2001). Enhancing family therapy: The addition of a community resource specialist. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27 (1), 111-116.
- FURMARK, T., TILFORS, M., EVERZ, P.O., MARTEINSDOTTIR, I.I., GEVERT, O. et FREDRIKSON, M. (1999). Social phobia in the general population: Prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 416-424.
- GAUGLER, J.E., MITTELMAN, M.S., HEPBURN, K., et NEWCOMER, R. (2010). Clinically significant changes in burden and depression among dementia caregivers following nursing home admission. *BMC medicine*, 8 (1), 85.
- GENTRY W.D., et KOBASA S. (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in humans. In W.D. Gentry (ed.), *Handbook of behavioral medicine*. New York: Guilford.
- GIESE-DAVIS, J., HERMANSON, K., KOOPMAN, C. et WEIBEL, D. (2000). Quality of couples' relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *Journal of Family Psychology*, 14 (2), 251-266.
- GOTTLIEB, B.H. (1978). The development and application of a classification scheme of information helping behaviors. *Canadian Journal of Behavioural Sciences*, 10, 105-115.
- GUÉDENEY, N. (2019). Apport de la théorie de l'attachement à la compréhension de la relation aidant/aidé chez la personne très âgée. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 19, 3-10.
- HART, G., MANN, K. et STEWART, M. (1992). Les conséquences du sida dans la vie des hémophiles et de leurs soignants familiaux au Québec: stress, réponse de stress et soutien social. *Santé Mentale au Québec*, XVII (1), 97-110.
- HOUSE, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- KALTIALA-HEINO, R., RIMPELAE, M., RANTENAN, P. et LAIPPALA, P. (2001). Adolescent depression: The role of discontinuities in life course and social support. *Journal of Affective Disorders*, 64 (2-3), 155-166.

- KARACAA, A., YILDIRIMA, N., CANGURB, S., ACIKGOZA, F. et AKKUSA, D. (2019). Relationship between mental health of nursing students and coping, self-esteem and social support. *Nurse Education Today*, 76, 44-50.
- KEPPEL-BENSON, J.M., OLLENDICK, T.H., et BENSON, M.J. (2002). Posttraumatic stress in children following motor vehicle accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (2), 203-212.
- LE CORROLLER-SORIANO A.G., MALAVOLTI L., MERMILLIOD C., DRESS INSERM (2008). *La vie deux ans après le diagnostic cancer*. Paris: La Documentation française.
- LITWAK, E. (1985). *Helping the Elderly: The Complementary Roles of Informal Networks and Formal Systems*. New York: Guilford Press.
- MAGAI, C., FRIAS, M.T. et SHAVER, P.R. (2016). Attachment in middle and later life. In J. Cassidy et P.R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. 3rd ed. New York: Guildford Press.
- MECHANIC, D. et HANSELL, S. (1987). Adolescent competence, psychological well-being, and self-assessed physical health. *Journal of Health and Social Behavior*, 28 (4), 364-374.
- NASSER, E.H. et OVERHOLSER, J.C. (2005). Recovery from major depression: The role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 111, 125-132.
- NYAMATHI, A., LEAKE, B., KEENAN, C. et GELBERG, L. (2000). Type of social support among homeless women: Its impact on psychosocial resources, health and health behaviors and use of health services. *Nursing Research*, 49 (6), 318-326.
- OZER, E.J., BEST, S.R., LIPSEY, T.L. et WEISS, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- PIERCE, G.R., SARASON, I.G. et SARASON, B.R. (1996). Coping and Social Support. In M. Zeider et N.S. Endler (eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. New York: John Wiley et Sons.
- PROCIDANO, M.E. et HELLER, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11 (1), 1-24.
- PRUITT, L. et ZOELLNER, L.A. (2007). The impact of social support: An analogue investigation of the aftermath of trauma exposure. *Journal of Anxiety Disorders*, 745, 1-13.
- RIMER, B.K., LYONS, E.J., RIBISL, K.M., BOWLING, J.M. et al. (2005). How new subscribers use cancer-related online mailing lists. *JMIR*, 7, e32.
- SARASON, B.R., SHERIN, G.R., PIERCE, N.H. et SARASON, I.G. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (4), 813-832.
- SCHUMAKER, S.A. et BROWNELL, A. (1984). Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40, 11-36.
- SCHUSTER, N. (2010). Stress and burnout in bank managers. *Verhaltenstherapie*, 20, 259-264.
- SCHUTT, R.K., MESCHEDER, T. et RIERDAN, J. (1994). Distress, suicidal thoughts and social support among homeless adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 134-142.
- SEEMAN, T. (2001). How do others get under our skin? Social relationships and health. In C.D. Ryff et B.H. Burton (eds.), *Emotion, social relationships and health. Series in affective science*. New York: Oxford University Press.

- SEROVICH, J., KIMBERLY, J.A., MOSACK, K.E. et LEWIS, T.L. (2001). The role of family and friends social support in reducing emotional distress among HIV-Positive women. *AIDS Care*, 13 (3), 335-341.
- SHAVER, P.R. et MILULINER, M. (2004). Attachment in the later years: a commentary. *Attachment Human Development*, 6, 451-464.
- SIEGEL, K., RAVEIS, V.H. et KARUS, D. (1996). Pattern of communication with children when a parent has cancer. In L. Baider, C.L. Cooper et G. Kaplan de Nour (eds.), *Cancer and the family*. Wiley: Chichester.
- SÖRENSEN, S., WEBSTER, J.D. et ROGGMAN, L.A. (2002). Adult attachment and preparing to provide care for older relatives. *Attachment Human Development*, 4, 84-106.
- SPIEGEL, D. et CLASSEN, C. (2000). *Group therapy for cancer patients: A research based handbook of psychosocial care*. New York: Basic Books.
- STREETER, C.L., et FRANKLIN, C. (1992). Defining and measuring social support: Guidelines for social work practitioners. *Research in Social Work Practice*, 2 (1), 81-98.
- STULZ, A., BOINON, D., DAUCHY, S., DELALOGUE, S. et BRÉDART, A. (2014). Ajustement psychologique des couples confrontés à un cancer du sein: perceptions des comportements de soutien du conjoint. *Bull Cancer*, 101, 690-697.
- TARDY, C.H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13 (2), 187-203.
- THOITS, P.A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416-423.
- THOMPSON, T., PEREZ, M., KREUTER, M., MARGENTHALER, F., COLDITZ, G. et al. (2017). Perceived social support in African American breast cancer patients: Predictors and effects. *Social Science et Medicine*, 192, 134-142.
- ULLMAN, S.E. (1996a). Correlates and consequences of adult sexual assault disclosure. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 554-571.
- ULLMAN, S.E. (1996b). Social reactions, coping strategies and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 505-526.
- ULLMAN, S.E. (1999). Social support and recovery from sexual assault: a review. *Aggression and Violent Behavior*, 4 (3), 343-358.
- Vaux, A. (1988). *Social Support. Theory, Research, and Intervention*. New York: Praeger.
- VERDON, B. (2009). Groupe de parole en clinique gériatrique. Fondements, objectifs et applications. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 53 (2), 185-202.
- VILHAUER, R.P. (2009). Perceived benefits of online support groups for women with metastatic breast cancer. *Women Health*, 49, 381-404.
- WADE, T.D. et KENDLER, K. S. (2000). The relationship between social support and major depression: cross-sectional, longitudinal, and genetic perspectives. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 251-258.
- WAHL, H.W., MARTIN, P., MINNEMAN, E., MARTIN, S. et OSTER, P. (2001). Predictors of well-being and autonomy before and after geriatric rehabilitation. *Journal of Health Psychology*, 6 (3), 339-354.
- WILK, C.R., LESLIE A., MORLAND, L.A., DILLOND, K.H., MACKINTOSH, M.A., SHANNON M., BLAKEYH, S.M. et al. (2019). Anger, social support, and suicide risk in U.S. military veterans. *Journal of Psychiatric Research*, 109, 139-144.
- YOAK, M. et CHESLER, M. (1985). Alternative professional roles in health care delivery: Leadership patterns in self-help groups.

The Journal of Applied Behavioral Science, 21 (4), 427-444.

ZHEN, R., QUAN, L., ZHOU, X. (2018). How does social support relieve depression among flood victims? The contribution of feelings of safety, self-disclosure, and negative cognition. *J. Affect. Disord.*

ZHOU, E.S., PENEDO, F.J., BUSTILLO, N.E. *et al.* (2010). Longitudinal effects of social support and adaptive coping on the emotional well-being of survivors of localized prostate cancer. *Journal of Supportive Oncology*, 8, 196-201.



Chapitre 7

Éducation et santé



Sommaire

1. Éducation à la santé et éducation pour la santé	205
2. La promotion de la santé	209
3. La prévention dans le domaine de la santé	216
4. L'éducation thérapeutique du patient	222
Conclusion.....	230
Lectures conseillées	232
Bibliographie	232

L'éducation de la santé est une préoccupation majeure pour les professionnels du domaine, comme pour les politiques d'ailleurs qui cherchent à œuvrer à la préservation de la santé des populations, ainsi qu'à la réduction des conduites les plus à risques. Derrière une telle ambition, on ne peut occulter une réalité qui n'échappera à personne et qui sur le plan idéologique n'est tout de même pas anodine ! En effet, à travers les dispositifs d'éducation dédiés à la santé et à sa promotion il s'agit la plupart du temps de rendre les individus autonomes et responsables. Fini le temps où la médecine s'occupait de notre santé de manière quasi exclusive ! Fini le temps où nos connaissances dans le domaine étaient plus que lacunaires ! Aujourd'hui, tout est fait pour nous informer de tout et sur tout en matière de santé. Nous sommes même dans certains domaines presque aussi informés que les médecins eux-mêmes, dont la vision du patient est de plus en plus spécialisée et par conséquent de moins en moins intégrative et globale. De fait, nous ne pourrions plus dire que nous ne savions pas, car nous ne pouvons pas ne pas savoir. Tout ou presque est à disposition !

Rendre autonome les individus en les informant sur les risques qu'ils encourent à ne pas faire attention à eux, à leur santé et leur bien-être est bien moins coûteux, économiquement parlant, que de prendre en charge et de soigner les conséquences médicales de certains comportements dits à risque ou dangereux. L'éducation dans le champ de la santé n'a fait que se développer ces dernières années. Elle s'adresse à tous, enfants, adolescents, personnes âgées, hommes, femmes, étrangers, pauvres ou riches. Nous sommes tous traqués par les messages de préventions qui nous incitent à ne pas fumer, mieux manger, faire du sport, ne pas stresser, à être heureux, ne pas nous mettre en colère... Sans compter les malades, qui « captifs » du système médical se retrouvent parfois embrigadés dans les nouvelles formations organisées spécifiquement pour eux dans les hôpitaux : l'éducation thérapeutique des patients (ou ETP). Il s'agit de faire comprendre aux malades de quel mal ils souffrent (au cas où cela leur aurait échappé) et surtout qu'ils mesurent au combien ils pourraient « payer cher » de ne pas suivre les recommandations médicales. Même les officines pharmaceutiques s'en mêlent, proposant aux patients, qui viennent faire leurs « emplettes de santé » de les prendre à part pour qu'une fois pour toutes ils soient bien au clair sur leur état et conscients que de leur santé, ils sont les responsables. Ainsi, tout est fait dans notre société pour la santé. On mange, on bouge, on médite, on court, on prie, on fait l'amour, non pas parce que c'est bien et « jouissif », mais parce que c'est bon pour la santé. Même la table est devenue la nouvelle officine en vogue. Nous mangeons pour ne pas tomber malade ou pour préserver notre capital devenu le plus cher : notre santé. Les aliments sont d'ailleurs devenus les nouveaux médicaments du siècle ! Plus de place pour le plaisir, la jouissance et les

excès. Tout est compté, le nombre de pas faits par jour, nos battements cardiaques, nos heures de sommeil, notre niveau de stress, notre poids, le taux de graisse et de muscles, les calories ingérées, le nombre de fois où nous faisons l'amour... tout est passé à la moulinette de la e-santé personnelle.

Tout cela est si bien intégré dans nos cerveaux de mieux en mieux formatés que nous nous soumettons nous-même à une observation journalière des plus intrusive, qui si elle était venue de l'extérieure aurait été rejeté et aurait provoqué une indignation immense au nom du respect de notre liberté et de l'accès à nos données personnelles, et plus encore lorsqu'il s'agit de santé, intimes. Nos téléphones et autres tablettes sont devenus de nouvelles prothèses d'une conscience moderne externalisée que l'intelligence artificielle améliore chaque jour pour notre bien. Une exo-conscience à laquelle nous sommes disons-le, de plus en plus asservis ! La meilleure aliénation, la meilleure soumission, est celle librement consentie, l'aliénation de soi par soi est quand même ce qui fonctionne le mieux. La pire des soumissions en fait...

Avec tous ces dispositifs et autres programmes sur la santé, il s'agit donc d'informer, d'expliquer, de prévenir, de rassurer, ou d'accompagner les nouveaux (ou futurs) malades que nous sommes devenus. S'il ne faut pas oublier de les critiquer, toutes ces mesures semblent néanmoins avoir contribué à la réduction de certaines inégalités dans le domaine du soin et des modes de vie. L'éducation en santé vise un ensemble d'objectifs et se traduit par divers dispositifs, dont la traduction se révèle à travers le développement d'actions éducatives en matière de santé. Ce chapitre en présentera les principaux aspects. Il montrera d'abord ce que recouvre la notion d'éducation à la santé en la distinguant de l'éducation pour la santé ; ensuite, il abordera la promotion de la santé qui est un concept englobant, visant à conférer aux divers aspects de la santé une valorisation. Les apports de la psychologie communautaire, ainsi que de la psychologie positive dans ce domaine seront également développés. En troisième lieu, il développera la notion de prévention qui porte sur l'ensemble des mesures visant à diminuer les risques de maladies. Le quatrième et dernier point sera centré sur l'éducation thérapeutique qui concerne diverses activités d'information et de sensibilisation en situation de maladie et dont l'objet est le développement des compétences personnelles pour les personnes confrontées à la maladie chronique.

1. Éducation à la santé et éducation pour la santé

L'éducation à la santé est une vision de la santé considérée aussi bien comme bien-être physique que psychique et social. Pour l'OMS (1969), l'éducation à la santé est « une action exercée sur les individus pour les amener à modifier leur comportement. D'une manière générale, elle vise à leur faire acquérir et conserver de saines habitudes de vie, à leur apprendre à mettre judicieusement à profit les services sanitaires qui sont à leur disposition et à les conduire à prendre eux-mêmes, isolément et collectivement, les décisions qu'implique l'amélioration de leur état de santé et de la salubrité du milieu où ils vivent ».

Castillo (1987) définit l'éducation à la santé comme une partie de l'éducation générale et, en tant que telle, elle doit réunir les mêmes caractéristiques, surtout en ce qui concerne la révision fréquente des objectifs éducatifs et la participation active des enseignés au niveau de la planification, du développement du processus et de son évaluation permanente. Les objectifs de l'éducation à la santé visent des connaissances, des attitudes et des comportements; ils prétendent développer un savoir, un savoir-faire et un savoir être permettant à chacun et à chaque communauté d'atteindre le plus haut degré de santé possible. C'est donc une action exercée sur un sujet ou sur un groupe de sujets (action acceptée et même recherchée par eux), en vue de modifier profondément leurs manières de penser, de sentir et d'agir, de manière à développer au maximum leurs capacités de vivre, individuellement et collectivement, en équilibre avec leur environnement physique, biologique et socioculturel. L'éducation à la santé doit être essentiellement libératrice, c'est-à-dire qu'elle doit contribuer à éveiller chez chacun un sentiment de responsabilité sur sa propre santé et sur celle des autres. L'éducation à la santé doit contribuer à développer une prise de conscience critique de la réalité, des caractéristiques de notre insertion dans le monde naturel et humain où nous habitons, de nos relations avec les êtres et les choses, de nos droits ainsi que de nos devoirs vis-à-vis de ceux qui partagent avec nous ce temps et cet espace. Dans un sens plus large, l'éducation à la santé est une éducation à la vie des individus et des groupes humains... Il s'agit d'apprendre à voir la vie avec d'autres yeux, à l'aimer et à choisir à tout moment les comportements qui contribuent à nous permettre de la « vivre en santé ». L'éducation à la santé a pour but d'aider les hommes à acquérir le meilleur état de santé qu'ils sont susceptibles d'atteindre, compte tenu de leur héritage génétique et de l'environnement dans lequel ils vivent. Elle doit développer le sens de la responsabilité individuelle et collective car les maladies et accidents sont souvent causés par ignorance, négligence, etc. (Berthet, 1983).

Elle peut être distinguée de l'éducation pour la santé ; il s'agit dans ce cas d'un processus créant avec les personnes et les groupes, les conditions du développement de leurs capacités vis-à-vis de la santé, en valorisant leur autonomie et leur responsabilité. L'éducation « pour » la santé est orientée sur la personne, dans la mesure où c'est elle qui choisit de s'occuper de sa santé. L'éducation pour la santé considère la personne ou la population comme acteur de son projet de santé. Elle implique, au-delà d'une information, une formation, développement de l'expérience personnelle, des compétences et de la capacité de jugement face aux facteurs du bien-être ou du risque. En effet, l'éducation pour la santé n'est pas une affaire de simple information sur les risques ; elle ne peut se faire sans la participation des individus. C'est pourquoi elle engage un travail sur les représentations individuelles et sociales, les attitudes face au risque et au bien-être et les réactions personnelles, rationnelles et irrationnelles. L'éducation pour la santé est une démarche pédagogique qui implique les sujets, en renforçant leur capacité à prendre des décisions concernant leur santé, en vue d'adapter leurs comportements comme leur environnement.

Pour Cotton (1982), « l'éducation pour la santé est aussi un processus d'action qui fait apparaître dans le groupe social de nouvelles normes nécessaires à l'adaptation permanente du groupe et des individus qui le composent à des conditions de vie sans cesse changeantes, de façon telle que la conformité des conduites à ces normes sauvegarde et améliore le bien-être physique, mental et social de la communauté et contribue ainsi à la promotion de la santé et du complet bien-être des individus ».

L'éducation pour la santé se caractérise à la base comme un ensemble de tentatives visant à la transmission de connaissances, d'attitudes et de pratiques, fondées sur des données empiriques et présentant un intérêt pour la survie de l'espèce humaine. Après la satisfaction de cette exigence fondamentale, les efforts de l'éducation sanitaire peuvent se concentrer sur l'amélioration de la qualité de la vie et l'entretien d'un système social favorable à la survie et au bien-être de ses membres. Au niveau de la collectivité, l'éducation pour la santé est le processus par lequel des groupes s'informent et s'orientent en vue d'une action éclairée en matière de santé pour résoudre les problèmes de santé qui les concernent en tenant compte des besoins, des ressources et des intérêts de ses membres (Turner et Kaplan, cité par Bury, 1988). Ewles et Simnett (1985) proposent une définition de l'éducation pour la santé en sept points :

1. Elle a pour objet la personne tout entière et comprend tous les aspects physiques, mentaux, sociaux, émotionnels, spirituels et sociétaux.
2. Elle s'étend à toute la vie, de la naissance à la mort, et aide les gens à changer et à s'adapter à tous les niveaux.

3. Elle a pour objet les personnes à tous les niveaux de maladies et de santé, du bien portant au malade chronique ou souffrant d'un handicap, afin de maximaliser le potentiel de chacun à vivre en bonne santé.
4. Elle est dirigée vers les individus, les familles, les groupes et les communautés entières.
5. Elle a pour objet d'aider les personnes à s'aider elles-mêmes et à travailler dans le but de créer des conditions plus saines pour faire des choix sains, les choix les plus faciles pour tout le monde.
6. Elle comprend l'enseignement et l'apprentissage formels et informels et se sert d'un éventail de méthodes.
7. Elle a une gamme de buts, y compris la transmission des informations et les changements d'attitudes, de comportement et de vie sociale.

L'éducation pour la santé a donc pour but que l'individu devienne en quelque sorte un citoyen, pour que tout au long de sa vie, ses compétences et les moyens à sa disposition lui permettent de promouvoir sa santé et sa qualité de vie, ainsi que celle de la collectivité.

Éducation pour la santé et éducation à la santé constituent deux approches complémentaires qui se réfèrent à la fois à une conception de la santé et à une conception de l'éducation. Les deux modèles de santé le plus souvent décrits distinguent le système biomédical et le système biopsychosocial. Dans le premier, la santé est appréhendée comme l'absence de maladie, elle-même définie comme un problème organique (biophysique), objectivable, déterminé par une ou plusieurs causes qui doivent être identifiées et traitées. La prévention y est perçue comme le côté « santé » alors que son objet reste la maladie, contre laquelle elle est un moyen de lutte « anticipée ». Le second modèle englobe le premier, auquel il ajoute plusieurs éléments ; la santé y est définie comme un état de bien-être physique, mental et social, et pas seulement comme l'absence de maladie. Elle est donc à la fois objective (mesures biophysiques) et subjective (construction personnelle et/ou sociale), variant selon les groupes sociaux et les périodes de la vie. Elle concerne l'individu, ainsi que son entourage. Enfin, elle peut être abordée sous différents angles : le maintien d'un état existant, la prévention d'un état non souhaitable, les soins et les traitements d'un état de maladie avéré. Ces deux modèles rendent compte de deux logiques distinctes en matière d'éducation (Bury, 1988). La première est une logique « classique » d'enseignement qui utilise des méthodes transmissives et inductives des savoirs à acquérir ; elle est illustrée par l'enseignement formel, propre aux institutions scolaires classiques, où les objectifs et les contenus de formation sont prédéfinis par des experts et où le but est la transmission de savoirs (éducation type 1). La deuxième s'inscrit plutôt dans une

logique dite d'« apprentissage », dont l'acteur principal est la personne qui apprend. Elle contribue à titre principal à la définition des objectifs et des contenus d'apprentissage. L'acte de formation commence par l'aide à la définition (ou la négociation) des objectifs d'apprentissage et vise l'acquisition des savoirs nécessaires à l'atteinte d'un but, fixé par l'apprenant ou conjointement par le formateur et l'apprenant, mais jamais par le seul formateur. Les méthodes y sont surtout participatives et déductives (éducation type 2).

Le croisement des deux modèles de santé les plus utilisés (biomédical et biopsychosocial) et les deux modèles d'éducation qui opposent une logique d'éducation à une logique d'enseignement fournissent au moins quatre types d'orientations possibles en matière d'éducation pour la santé (cf. tableau 7.1).

Tableau 7.1 – Types d'éducation(s) pour la santé et illustration appliquée au sida (Deccache et Meremans, 2000)

Modèles de santé		
Modèles d'éducation	Modèle biomédical	Modèle biopsychosocial
Logique d'enseignement (éducation à la santé)	Type 1 : enseignement de savoirs médicaux <i>Exemple :</i> campagne visant à promouvoir explicitement l'usage de préservatif dans les situations à risque, organisation d'une conférence-débat par un spécialiste du sida sur les modes de transmission et de prévention.	Type 2 : enseignement de savoirs de santé à la fois physique, mentale et sociale <i>Exemple :</i> organisation d'un exposé-débat animé à la fois par un médecin, un philosophe et un psychologue sur le thème des obstacles à la prévention et à l'adoption ou au maintien de comportements de santé.
Logique d'apprentissage (éducation pour la santé)	Type 3 : apprentissage de savoirs médicaux <i>Exemple :</i> Dans le cadre d'une série d'actions d'éducation pour la santé, les participants choisissent d'organiser une réunion participative sur la difficulté de proposer l'usage du préservatif lors d'une première rencontre.	Type 4 : apprentissage de savoirs de santé à la fois physique, mentale et sociale <i>Exemple :</i> organisation spontanée d'un groupe de discussion sur le thème de la rencontre de nouvelles personnes et sur la relation de confiance dans l'amour, avec invitation d'un animateur choisi par le groupe.

L'éducation de type 1 correspond à l'enseignement de la prévention et plus particulièrement des comportements susceptibles d'empêcher les risques, l'apparition des problèmes ou des complications. Les thèmes enseignés sont définis par rapport aux risques considérés, par des experts médicaux. Les savoirs sont scientifiques, épidémiologiques ou cliniques, basés sur une relation causale entre un comportement et un problème de santé. L'éducation à la santé a, dans ce cas, pour objectif la transmission de ces savoirs et des comportements de prévention recommandés. Elle se fonde sur une bonne connaissance rationnelle des risques et des conséquences possibles, et favorise « l'appel à la peur ».

L'éducation de type 2 se caractérise par la prise en compte d'aspects non médicaux, en particulier les déterminants psychologiques et sociaux. La multicausalité y est reconnue, la maladie et la santé pouvant être objectives ou subjectives. Les savoirs restent prédéfinis par des experts qui travaillent en complémentarité, ajoutant à la médecine et l'épidémiologie, des disciplines telles que la psychologie de la santé, la sociologie ou la psychologie sociale. L'éducateur est un enseignant, un expert maîtrisant plusieurs disciplines.

L'éducation de type 3 correspond à l'apprentissage de savoirs médicaux ; il s'agit d'un apprentissage participatif dans lequel les apprenants contribuent à leur propre formation, notamment en définissant eux-mêmes leurs objectifs et moyens d'apprendre. L'éducateur est encore un expert qui définit le champ d'intérêt, mais aussi un facilitateur, un animateur capable de s'adapter, dans les limites de son expertise, aux attentes et choix des apprenants.

Enfin, l'éducation de type 4 (éducation pour la santé comme apprentissage de savoirs de santé physique, mentale et sociale) est fondée à la fois sur une vision globale de la santé et de la maladie et sur une logique éducative de type « apprentissage ». Elle permet aux personnes concernées de se centrer sur les questions de prévention des risques, si elles le jugent utile, et de prendre, le cas échéant, du recul pour considérer « leur » santé dans ses dimensions subjectives et globales.

2. La promotion de la santé

2.1 Approche globale

Les premières interventions qui ont eu lieu dans les établissements scolaires en France portaient sur la prévention de comportements pouvant entraîner certaines maladies spécifiques, comme le cancer (Broussouloux et Houzelle-Marchal, 2004).

Au départ, on faisait l'hypothèse selon laquelle le déficit d'information était la cause des comportements à risque chez les jeunes. Il s'agissait alors d'informer (modalités de transmission du VIH, effets du tabac sur la santé, pratiques sexuelles à risques, etc.) pour éviter la prise de risques et responsabiliser les personnes. Depuis la publication par l'Organisation mondiale de la santé de la charte de promotion de la santé d'Ottawa en 1986, il s'agit de valoriser et promouvoir le « bien-être », plutôt que d'agiter le spectre du pire et de la maladie.

Cinq axes majeurs (Deschamps, 2001) peuvent être identifiés et permettre ainsi de définir les contours de la promotion de la santé :

- Le premier porte sur la nécessité d'élaborer une politique publique saine en montrant les conséquences des décisions sur la santé, et en établissant la responsabilité des pouvoirs publics.
- Le deuxième a pour objectif de créer des milieux sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants.
- Le troisième consiste à renforcer l'action communautaire ; la promotion de la santé doit en effet pouvoir puiser dans les ressources humaines et physiques de la société en général pour stimuler l'indépendance de l'individu et son soutien social, afin d'instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions relatives à la santé publique.
- Le quatrième consiste à faire acquérir des aptitudes individuelles aux personnes ; la promotion de la santé doit donc aussi soutenir le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à une préservation optimale de la vie. Il est essentiel de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter ses diverses étapes. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.
- Le cinquième, enfin, consiste à réorienter les services de santé dans le sens de la promotion de la santé. Ce secteur devrait se doter de nouvelles missions où le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains trouvera une place plus importante. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu. L'objectif n'est plus seulement de combattre la maladie. Il s'agit de réfléchir et d'agir de manière globale pour maintenir ou améliorer la santé d'une personne dans son unité et sa complexité.

La promotion de la santé peut s'envisager comme un dispositif qui doit permettre aux populations de disposer de nouveaux moyens pour assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et ainsi l'améliorer. La santé est envisagée ici comme une ressource qu'il s'agit de développer ou préserver au mieux afin de s'adapter aux contraintes qu'impose la vie. C'est donc l'idée d'une « santé ressource » qui est proposée ici. La santé n'est pas un but en soi, mais bien un moyen sur lequel il faut pouvoir s'appuyer, pour que tout au long de la vie, quels que soient les contextes elle puisse nous porter.

La finalité des interventions en promotion de la santé se situe donc très en amont des comportements de santé, afin d'agir sur les facteurs susceptibles d'influencer cette dernière.

Les déterminants sur lesquels il est possible d'agir sont de plusieurs niveaux environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail et de vie, etc.), sociaux (niveau d'éducation, insertion sociale et support social, milieu culturel, accès aux services publics, etc.), économiques (niveau de revenu, statut sur le plan de l'emploi, etc.) ou en lien avec le système de santé (accès aux soins, qualité et sécurité des soins, accès au progrès technique). Il s'agit donc d'une approche écologique et systémique qui vise la qualité et les conditions de vie, de travail, l'accès aux produits (exemple : alimentation saine), aux infrastructures et aux services essentiels.

Pour ce faire la promotion de la santé peut avoir recours à une diversité de méthodes et d'approches (éducation, communication, mesures législatives ou fiscales, changement dans l'organisation des soins, développement communautaire, etc.). On peut considérer la promotion de la santé comme une combinaison de mesures de protection de la santé qui favorisent son amélioration ou son maintien (exemple : règlements sur les conditions de travail, taxes sur le tabac), ainsi que le développement d'actions d'éducation pour la santé. La promotion de la santé peut être envisagée comme une stratégie qui établit un lien entre les gens et leur environnement et qui prend en compte à la fois les choix individuels et les responsabilités de la société dans le but d'améliorer la santé. Elle a pour finalité principale de donner aux populations les moyens d'assumer un plus grand contrôle sur leur santé et de l'améliorer.

En résumé, la promotion de la santé s'inscrit fondamentalement dans une logique de prévention en se situant en amont d'une chaîne qui va du « bien être » à la maladie en passant par le soin et la prise en charge.

Encadré 7.1 – Promotion de la santé et nouvelle Stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 en France

En France, la nouvelle Stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 a marqué un changement de paradigme dans la politique de santé où la promotion de la santé n'a jamais autant été mise en avant dans un texte politique :

« La promotion des comportements favorables à la santé peut réduire des facteurs de risque qui induisent des coûts sociaux considérables (20,4 milliards d'euros pour l'obésité, 15 milliards d'euros pour l'alcool et 26,6 milliards d'euros pour le tabac. L'enjeu est de renforcer les compétences psychosociales des individus par l'éducation pour la santé et de créer un environnement incitatif (fiscalité, aménagements). Cette politique est déclinée dans l'ensemble des milieux de vie, notamment l'école, l'entreprise, les administrations, les forces armées, les établissements de santé ou médico-sociaux, les structures d'accompagnement social, les lieux de prise en charge judiciaire et les lieux de privation de liberté. Les outils et moyens dédiés doivent être adaptés à tous les types de publics. Des actions de médiation sanitaire et d'accompagnement social doivent bénéficier aux personnes les plus éloignées du système de santé » (http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf).

2.2 L'approche communautaire en promotion de la santé

Dans le domaine de la promotion de la santé, l'approche communautaire tient une place importante qui mérite d'être soulignée :

« [...] la démarche communautaire se veut guidée par les besoins d'une communauté. Elle répond à des problèmes rencontrés et/ou des problèmes identifiés sur le terrain par des acteurs communautaires. La recherche communautaire se fait donc avec les personnes et/ou communautés enquêtées. Elle renvoie ainsi à la volonté d'acteurs concernés qui se mobilisent et agissent pour faire ensemble » (Morin, Terrade et Préau, 2012).

Elle consiste en une mobilisation des publics potentiellement ciblés par les politiques de santé, pour leur permettre de se faire entendre et de connaître et défendre leurs intérêts et leurs particularités. Les malades ou publics à risque issus de ces groupes sociaux (exemple les malades du sida, les homosexuels, les malades du cancer) seraient donc en mesure de mieux savoir que quiconque ce dont ils ont besoin et comment il convient d'agir en matière de santé pour être efficace. D'une manière générale, la psychologie communautaire s'est développée en réponse aux questionnements de nombreux psychologues souhaitant soutenir les populations et améliorer la qualité de vie des groupes auprès desquels ils intervenaient. Ces

améliorations dépassent le seul changement de comportement des individus et requièrent une analyse et une intervention au cœur même des systèmes sociaux, économiques et politiques, qui affectent les comportements et modèlent la psychologie de leurs membres.

Connaître les pratiques sociales des groupes, leurs valeurs, leurs modes de fonctionnement devrait ainsi de l'intérieur, permettre un ajustement des politiques de santé pour que ces dernières puissent avoir des effets plus ciblés et donc plus efficaces. Il s'agit d'opérer une transformation des politiques publiques afin qu'elles se mettent en adéquation et en accordage avec la spécificité des réalités sociales, culturelles et culturelles des populations auxquelles elles souhaitent s'adresser. Avec l'approche communautaire c'est le caractère univoque et universel des dispositifs de prévention ou d'éducation en matière de santé qui est remis en question. Ce qui prime c'est la prise en compte des identités sociales et communautaires, afin d'ajuster, non seulement les messages de prévention, mais aussi les canaux de transmission empruntés pour les diffuser. La démarche communautaire (Spire *et al.*, 2010) se fonde sur la mobilisation des groupes culturels et sociaux concernés, afin qu'ils expriment leurs intérêts et leurs besoins. Il ne s'agit donc plus seulement de faire « pour » les personnes et les groupes, mais aussi de faire « par et avec » eux.

Dans une telle perspective, les dispositifs sont construits en tenant compte des spécificités sociales qui ne sont alors plus transposables en l'état d'une situation à une autre. Il existe plusieurs projets particulièrement connus. Comme le Carélie du Nord (Puska *et al.*, 1981) ou le Standard Three Community Study (Farquhar *et al.*, 1977). À titre illustratif on citera le Stanford Five-City Project (Farquhar, 1990) qui fut un projet pionnier et consistait en la mise en place d'un programme à multiples facettes de réduction des risques cardio-vasculaires. De nombreuses actions étaient menées dans ce programme qui utilisait les messages *via* les médias, les actions sur les lieux de travail et les établissements scolaires, les actions menées auprès des professionnels de santé et des structures communautaires.

Un autre exemple connu est le programme « Cœur en santé St-Louis Parc » (Renaud et al., 1998), mené auprès d'enfants de 9 à 12 ans dans un quartier défavorisé et multiethnique de Montréal. D'une durée de cinq ans, ce programme ciblait l'école et la communauté (centre de loisirs, centre ethnoculturel et autres lieux). L'objectif était, d'une part, la promotion d'habitudes de vie saines afin de préserver les jeunes de risques cardiovasculaires (abstinence tabagique, alimentation saine, pratique régulière d'une activité physique). D'autre part, il s'agissait de mobiliser la communauté (parents, professeurs, infirmières scolaires et autres intervenants) afin que tous puissent contribuer concrètement à la promotion de la santé cardio-vasculaire

des jeunes. Tous les acteurs communautaires étaient ainsi non seulement sensibilisés, mais aussi responsabilisés et impliqués afin que leur conduite et leurs actions concourent et convergent vers ce même objectif de santé pour les plus jeunes.

Encadré 7.2 - L'empowerment: un concept central dans le domaine de la santé

La notion d'*empowerment* repose sur le fait que les sujets ne sont pas entièrement libres dans leurs choix de comportement en matière de santé et que ces choix peuvent être restreints par leurs conditions sociales et environnementales.

En effet, c'est parce que l'individu est confronté à une situation ou un environnement aliénant(e), qui lui confère un sentiment de perte de contrôle ou le réduit à une condition d'incapacité réelle (*powerlessness*), qu'il est amené à réagir pour renforcer sa capacité et son sentiment de contrôle ou qu'il est encouragé par autrui à renforcer sa capacité d'agir. C'est parce qu'il a été capable de transformer la situation ou l'environnement aliénant(e), qu'il peut devenir un individu capable d'agir et de contrôler sa vie. L'*empowerment* consiste à développer les compétences qui aident à la réalisation de son autonomie en matière de santé. Une éducation pour la santé visant l'*empowerment* des individus ou des communautés a comme finalité de permettre une prise de conscience des conditions de vie susceptibles de créer un sentiment d'impuissance et de les mettre en situation d'incapacité à faire ou à être. Une telle prise de conscience doit être considérée comme essentielle. Pour Klepac (1996), l'*empowerment* est une démarche similaire à celle d'un engagement spirituel où des éléments tels que la force de vie, les choix personnels, le sentiment d'efficacité, les choix éthiques peuvent influencer l'état de santé d'un individu. Ainsi le principe majeur de l'*empowerment* dans le champ de la santé est le développement d'un sentiment de contrôle et de pouvoir sur sa santé.

2.3 L'apport récent de la psychologie positive

2.3.1 La psychologie positive proprement dite

Plus récemment, des modèles de promotion de la santé (Aguerre, 2017; Martin-Krumm et Tarquinio, 2011) se sont développés grâce aux travaux issus de la psychologie positive. La psychologie positive tire en partie ses racines d'un constat fait par Martin E.P. Seligman et Mihaly Csikszentmihalyi considérés comme les pères fondateurs de la psychologie positive. Selon eux :

« À son origine, la psychologie avait trois missions distinctes : soigner la maladie mentale, faire en sorte que la vie de chacun soit mieux remplie et plus productive, et détecter les talents et les faire progresser.

En 1946, le ministère des Anciens Combattants (Veterans Affairs) a été créé aux États-Unis, et des milliers de psychologues ont découvert qu'ils pourraient traiter la maladie mentale pendant toute leur vie. En 1947, l'Institut national de la santé mentale, aux États-Unis également a été fondé, et les universitaires ont appris qu'ils pourraient obtenir des prix si leurs travaux traitaient de la pathologie. Cela a été très bénéfique. Des avancées considérables ont été réalisées dans la compréhension et le traitement des maladies mentales : au moins quatorze maladies, précédemment difficiles à diagnostiquer et à traiter, ont livré leurs secrets à la science et peuvent maintenant être soignées ou considérablement soulagées (Seligman, 1994).

[...] Le centre d'intérêt de la psychologie a glissé petit à petit vers la détection et le traitement de la souffrance des individus. Il y a eu une explosion de recherches sur les désordres psychologiques et les effets négatifs des éléments de stress liés à l'environnement, comme le divorce des parents, le décès d'une personne aimée, les abus physiques et sexuels. Les praticiens se sont engagés dans le traitement des maladies mentales des patients au moyen de cadres destinés à réparer les dommages : des habitudes endommagées, des instincts endommagés, des enfances endommagées, et des cerveaux endommagés » (Seligman et Csikszentmihalyi, 2011, in Martin-Krumm et Tarquinio, 2011).

L'apport de la psychologie positive consiste à créer les conditions d'un environnement dans lequel les individus sont en situation d'augmenter leur niveau de satisfaction, d'émotions positives, ou de bien-être. Dans la logique de la promotion de la santé, la psychologie positive préconise une posture différente de ce qui se fait habituellement. Si on prend par exemple la question des risques psycho-sociaux (ou RPS), la psychologie positive considère que c'est parce que les conditions de la santé, du bien-être ou de la satisfaction ne sont pas réunies au sein des organisations que les RPS se manifestent. Ils touchent d'ailleurs de manière aussi violente les salariés et les cadres ! En outre une des raisons selon elle de la présence de plus en plus des RPS dans les entreprises réside dans une dimension essentielle : la perte du sens du travail (quand ce que l'on nous demande de faire n'est pas reconnu, est facteur de stress et de conflit voir représente une atteinte à nos valeurs) et peut être du sens même de la vie. La psychologie positive peut dans ce sens représenter une alternative susceptible d'apporter un autre potentiel d'aide pour mettre en place les nouveaux leviers d'une promotion de notre propre bien-être et donc de notre capacité à prendre soin de nous.

Encadré 7.3 - Éléments de psychologie positive et promotion de la santé

Les recherches dans le domaine de la psychologie positive ont montré l'importance du développement des caractéristiques positives des personnes comme l'optimisme ou la créativité et s'appuient sur une « théorie des ressources » (Morgan et Ziglio, 2007). Les dernières années ont connu avec l'essor de la psychologie positive une richesse étonnante de programmes d'enseignement développés à travers le monde pour favoriser le développement de comportements positifs. Dans le domaine de la motivation par exemple on montre que la présence de buts personnels était souvent associée au bien-être psychologique. C'est sur cette base que Lapierre *et al.* (2017) ont proposé un programme sur quatorze semaines conçu pour aider des personnes âgées dépressives à améliorer leur niveau de bien-être. Les résultats ont montré que les participants ont amélioré leur état sur la plupart des indicateurs, y compris en matière de dépression, dont les scores, par opposition au groupe contrôle avaient baissé. Ainsi, une meilleure gestion des buts de vie pourrait être une manière innovante de promouvoir la santé mentale.

Dans un autre cadre, la théorie de la « construction et de l'élargissement des ressources » (*broaden-and-build theory*), proposée par Barbara Fredrickson (2003), a permis de comprendre en quoi le fait de cultiver des émotions positives pouvait aider à préserver sa santé et à accroître son bien-être. À la différence des émotions négatives (peur, colère, tristesse,...), les émotions positives (joie, contentement,...) favorisent l'élargissement et la construction de ressources bio-psychosociales aidant à gérer les situations stressantes et à bénéficier d'une meilleure santé mentale. Chez les personnes atteintes de pathologies mentales (du type troubles anxieux, dépressifs, schizophréniques), les émotions positives sont susceptibles de favoriser la régulation émotionnelle et renforcent les capacités de résilience face au trouble dépressif.

La psychologie positive représente une voie nouvelle de développement pour la promotion de la santé à travers l'élaboration et la mise en œuvre de programmes basés sur l'importance et le rôle de concepts nouveaux capables de promouvoir des comportements « sains ».

3. La prévention dans le domaine de la santé

La prévention peut être définie comme l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents par un changement des comportements de santé. La prévention regroupe plusieurs types

d'interventions visant à réduire les risques, leur survenue ou le fait d'y être exposé. Prévenir la maladie équivaut à intervenir avant la maladie, à prendre les dispositions nécessaires pour empêcher son apparition. Cela revient à agir par anticipation sur l'état de maladie de sorte à éviter que la maladie ne commence. L'objet de la prévention n'est pas la suppression de tout risque, mais la gestion du risque dans la vie. Cela implique une connaissance, une maîtrise de ses causes et de ses conséquences, mais aussi un arbitrage dans l'appréciation et la pondération entre différents risques. Dans une perspective éthique de respect des libertés, on ne peut décider pour les autres des risques acceptables ou non ; la prévention concerne en ce sens la responsabilité face au risque. On peut donc considérer qu'un des objectifs de la prévention est de lutter contre l'irresponsabilité face aux risques. Cet aspect de la prévention porte sur la promotion de la responsabilité plutôt que sur la dénonciation ou la moralisation. Le rôle des professionnels de santé n'est donc pas de se limiter à connaître quels risques sont acceptables ou non, mais de favoriser les conditions qui facilitent des choix de comportements sains. La prévention englobe les êtres humains leur environnement, ainsi que la manière dont ils peuvent être modifiés pour limiter les risques.

On distingue trois types d'action de prévention : la prévention primaire, secondaire et tertiaire selon le moment de l'intervention préventive et selon le public visé, selon que les personnes sont malades ou en bonne santé.

La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Elle se situe en amont de l'apparition des maladies et vise globalement à réduire autant que possible le risque, sa survenue ou ses conséquences (exemple : campagnes ou programmes éducatifs qui aident les jeunes à ne pas commencer à fumer en apprenant à résister à la pression de leurs pairs, le tabac constituant ici un facteur de risques de plusieurs cancers).

Encadré 7.4 - Aide au sevrage tabagique pour les adolescents apprentis : le programme Tabado (Minary *et al.*, 2010)

La majorité des fumeurs adultes ont commencé à fumer à l'adolescence¹. En France, le tabagisme quotidien touche 28,9 % des adolescents. La plupart des actions menées dans cette population sont centrées sur la prévention de l'initiation au



1. *Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General*. Department of Health and Human Services, 1994.

→ tabagisme et peu sur l'aide au sevrage. Pourtant, 30 % des fumeurs quotidiens de 17 à 18 ans présentent déjà des signes de forte dépendance au tabac.

Si l'efficacité des différentes méthodes de sevrage est démontrée chez l'adulte¹, on observe un réel manque de preuves chez l'adolescent. Les programmes d'aide au sevrage habituellement proposés aux adolescents ont été élaborés à partir des programmes connus pour des adultes et ne tiennent pas suffisamment compte des spécificités du tabagisme et des besoins des jeunes. Les adolescents fument souvent par mimétisme, pour les bénéfices pharmacologiques immédiats ressentis ou éventuellement dans le but de maîtriser leur poids. De plus, les jeunes fumeurs ne perçoivent pas de la même manière que les adultes, les risques du tabagisme et ne sont pas toujours conscients du rôle prépondérant que joue la dépendance dans la difficulté du sevrage.

Pourtant, près de la moitié des jeunes déclarent ressentir des signes physiques de manque même pour des consommations faibles, irrégulières et occasionnelles (McNeill *et al.* 1986).

Afin d'optimiser la participation des jeunes aux programmes d'aide au sevrage tabagique et l'efficacité de ces programmes, certains facteurs favorisant ont été mis en évidence, en particulier l'accessibilité et la gratuité des soins, la confidentialité ou l'anonymat, le suivi et la prise en compte des pairs.

Une revue de la littérature sur les différentes interventions chez les adolescents a montré que les interventions en milieu institutionnel, comme les écoles et les cliniques médicales sont les plus efficaces. Les auteurs émettent l'hypothèse que ces environnements faciliteraient l'accès aux soins continu, que les jeunes seraient plus à l'aise dans les milieux qui leur sont familiers ou encore que les interventions offertes dans ces institutions seraient plus crédibles pour les jeunes, et par conséquent, encourageraient une participation continue ou plus engagée (Gervais *et al.*, 2007). Sur cette base a été mis en œuvre le programme Tabado à l'adresse d'adolescents en situation d'apprentissage, scolarisés une partie de leur temps dans des établissements scolaires permettant l'alternance avec les milieux professionnels (centre de formation et d'apprentissage - CFA). Ce programme comprenait trois étapes : une réunion générale par classe, une consultation individuelle et une séquence de quatre séances en petit groupe.

Un tabacologue animait une séance d'information dans les classes d'environ 60 minutes. Cette réunion générale commençait par une information sur le tabac et ses conséquences. La deuxième partie de la conférence portait sur les mécanismes de la dépendance, les symptômes de sevrage, les pièges que l'on peut rencontrer lors d'un sevrage tabagique et les moyens disponibles pour réussir à arrêter. L'intervenant présentait ensuite les modalités et les objectifs de l'intervention et proposait aux fumeurs une participation au programme de sevrage.

.....
1. *Recommandations de bonne pratique. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac.* Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé 2003.



La consultation individuelle menée par le tabacologue durait environ 50 minutes pour chaque adolescent et avait pour objectif de faire un diagnostic personnalisé du tabagisme et de proposer un sevrage adapté à chacun. Si l'adolescent le souhaitait une substitution nicotinique était possible.

Le sevrage s'étalait sur une période de trois mois avec diminution progressive de la quantité de substitut nicotinique consommée. Les substituts nicotiniques étant fournis gratuitement. Les méthodes utilisées étaient inspirées des thérapies cognitives et comportementales. Les séances dynamiques en petit groupe avaient lieu toutes les trois semaines, de façon à respecter le rythme de formation en alternance dans les CFA (c'est-à-dire une semaine de cours pour deux semaines chez le maître d'apprentissage).

Les séances d'éducation cognitivo-comportementale de renforcement de la motivation se déroulaient aussi au CFA à la suite des consultations de suivi du sevrage. Ces séances de travail en groupe de dix volontaires avec un tabacologue duraient environ une heure.

La prévention secondaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire le nombre de malades en réduisant la durée d'évolution. Elle se situe au tout début de la maladie et prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes. Il s'agit en fait d'une prévention qui cherche à révéler l'atteinte pour prévenir l'aggravation de la maladie par des soins précoces : c'est le dépistage.

Par exemple, on sait qu'après un premier épisode coronarien aigu, toute baisse du LDL cholestérol est associée à une réduction (1 mmol/L du LDL conduit jusqu'à une baisse de 20 %) des événements cardiovasculaires (Baigent *et al.*, 2005). Or le sevrage tabagique réduit le risque de décès de 36 % et d'infarctus non fatal de 32 % (Critchley et Capewell, 2003), et la correction de l'hypertension artérielle réduit significativement les risques d'accident vasculaire cérébral et de décès cardiovasculaire. Agir auprès des patients coronariens afin de réduire leur consommation tabagique est un véritable enjeu de santé publique, qui peut facilement sauver des vies à la condition de pouvoir agir sur les conduites de ces malades. C'est dans un tel contexte que la prévention secondaire revêt toute son importance.

La prévention tertiaire quant à elle comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. C'est une démarche dont l'objectif est d'éviter les rechutes ou les complications. Elle consiste en une réadaptation à la situation créée par la maladie ou ses séquelles (exemple : une bonne hygiène de vie et des exercices physiques modérés mais réguliers constituent la

prévention tertiaire classique pratiquée après un infarctus du myocarde pour prévenir les nouveaux accidents). Cette conception étend donc la prévention au domaine de la réadaptation et de la réinsertion professionnelle et sociale.

Bury (1988) a proposé le terme de « prévention quaternaire » pour désigner « les actions d'accompagnement simple de l'invalidité et du processus de la mort, sans visée d'amélioration de l'état de santé ».

Le tableau 7.2 illustre les diverses formes de prévention dans deux pathologies : les maladies cardio-vasculaires et le cancer.

Tableau 7.2 – Types d'action de prévention (Rubinson et Alles, 1984)

	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Maladies cardiovasculaires	Ne pas fumer ; faire de l'exercice régulièrement, avoir une alimentation sans excès de graisses, de sel, de sucre, de calories ; gérer convenablement les stress ; développer des systèmes personnels de soutien.	Dépistage systématique et périodique pour l'hypertension, les anomalies électrocardiographies et les arythmies cardiaques.	Soins intensifs suivis de réadaptation physique et occupationnelle.
Cancer	Ne pas fumer ; éviter l'exposition prolongée aux rayons UV ; avoir une alimentation riche en fibres ; gérer convenablement son stress	Autopalpation périodique des seins ou des testicules ; frottis vaginaux ; examen de la bouche ; surveillance constante des modifications dans le fonctionnement du corps.	Chirurgie suivie de chimiothérapie, radiothérapie et traitements hormonaux.

Comme on peut le constater, les objectifs de la prévention primaire, secondaire ou tertiaire diffèrent. Les méthodes sont à ajuster aux objectifs et sont, par voie de conséquence, aussi très différentes.

Globalement, il apparaît que le terme de prévention est plus adapté à la prévention primaire qui repose davantage sur une problématique d'éducation. En

revanche, le dépistage et la réadaptation, voire le soin, correspondent à la prévention secondaire et tertiaire.

Encadré 7.5 - La prévention avec le sport

L'exemple de la mise en œuvre du « Sport-santé sur ordonnance » à Strasbourg (67) : dans le cadre du contrat local de santé, la ville de Strasbourg a choisi de soutenir le développement du sport santé. Depuis le 5 novembre 2012, elle a déployé un dispositif innovant : « Sport-santé sur ordonnance ». Son expérimentation a pour objectif principal de favoriser la pratique d'une activité physique régulière, modérée et adaptée à l'état de santé des malades chroniques, dans une optique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Plus de trois cents médecins généralistes strasbourgeois ont signé la Charte d'engagement « Sport-santé sur ordonnance ». Ils peuvent ainsi prescrire à leurs patients une activité physique adaptée, modérée et régulière dans le cadre de ce dispositif. Les malades, munis de leur ordonnance, sont pris en charge par des éducateurs sport-santé spécifiquement formés qui vont leur proposer une activité adaptée : vélo, marche, tai-chi... ainsi qu'un suivi après 1, 6, 12 mois, puis tous les 6 mois. Le dispositif montre une diminution de la sédentarité et une amélioration de la qualité de vie. Les personnes peuvent en bénéficier 3 ans. Si la première année est gratuite, une participation financière annuelle est demandée en fonction du coefficient familial pour les deux années suivantes (20 euros, 50 euros ou 100 euros) (Lecocq *et al.*, 2014).

En partenariat avec le groupe Pasteur Mutualité et Care Labs (éditeur du chèque santé), la ville de Biarritz (Honta, 2016) a lancé en 2015 un programme « Biarritz sport santé » de prescription d'activités physiques adaptées par les médecins généralistes pour toute personne sédentaire (prévention primaire) ou atteinte d'une pathologie chronique (prévention secondaire et tertiaire). Ce programme est basé sur l'utilisation du « Pass'sport SANTÉ » remis à chaque patient. Il s'agit d'un carnet de suivi du parcours d'activités physiques du patient qui permet de :

- 1) reporter le nombre de pas parcourus quotidiennement grâce à un podomètre remis par le médecin généraliste ;
- 2) délivrer une évaluation de la condition physique suite à un entretien avec un éducateur médico-sportif ;
- 3) orienter la personne vers une association sportive labellisée de la ville (associations sélectionnées pour la qualité de leur encadrement) qui procèdera à un cycle pratique de 12 séances (participation financière de 10 euros) ;
- 4) proposer un bilan nutritionnel ;
- 5) informer sur une pratique autonome ou en groupe encadré sur les « chemins de la forme » (parcours de santé de nouvelle génération, urbain et connecté proposant des exercices physiques accessibles à tous utilisant le mobilier urbain existant).

La plupart du temps les programmes de prévention ciblent une problématique particulière, comme l'abus de substances, les infections sexuellement transmissibles, les grossesses des adolescentes, etc. Comme le rappelle (Shankand *et al.*, 2009), sur le terrain, les actions de prévention ciblent spécifiquement les comportements à risques et sont davantage axées sur la réduction des risques que sur la promotion de compétences. Or, contre toutes attentes, de nombreuses recherches ont montré que les interventions de prévention centrées sur un comportement à risque précis, comme les troubles du comportement alimentaire (Vandereycken et Noordenbos, 1998) ou l'abus d'alcool (Moskowitz, 1989), sont peu efficaces et pourraient même comporter un risque incitatif (Grémy *et al.*, 2004).

Les acteurs de terrain et les chercheurs s'intéressent donc à d'autres façons complémentaires de promouvoir la santé notamment par le développement des compétences psychosociales (Grémy *et al.*, 2004) et par un travail sur les représentations. Il s'agit dans les faits de développer une sorte d'empowerment chez les populations cibles des dispositifs de prévention.

4. L'éducation thérapeutique du patient

L'apparition de l'éducation thérapeutique du patient (ou ETP), comme le rappelle Anne-Christine Rat (2014), loin d'être un phénomène nouveau, date des années 1920. À cette époque cela concernait surtout les malades atteints par le cancer et le diabète de type 1. De nos jours, dans tous les pays l'ETP fait l'objet d'un intérêt croissant (Bodenheimer *et al.* 2002 ; Newman *et al.* 2004). Selon le rapport Saout (2008), l'ETP peut être envisagée comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences, afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, tout au long de son parcours de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable. La circulaire DHOS/E2/F/MT2A/2008/236 du 16 juillet 2008 précise que cette démarche se distingue de la simple information délivrée aux patients. Elle permet « d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». Selon Rat (2014), elle consiste en un ensemble de méthodes et d'outils développés dans un cadre pluridisciplinaire, afin de rendre le malade plus autonome, et ce faisant, à restreindre ou retarder la survenue d'éventuels incidents ou complications et limiter ainsi le recours aux soins.

L'éducation thérapeutique du patient est depuis juillet 2009 inscrite dans la loi Hôpital Patients, Santé Territoire (HPST)¹. L'article 84 est entièrement consacré aux dispositions à mettre en œuvre pour assurer l'éducation thérapeutique. Celle-ci s'inscrit dans le parcours de soins et a pour objectif « de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie² ».

Les articles suivants de la même loi définissent aussi le cadre légal, déployé sur le plan réglementaire, portant sur la formation des intervenants (de 40 heures par un organisme reconnu), l'autorisation par une agence régionale de santé, la mise en place d'un cahier des charges par le ministère de la Santé et leur évaluation par la Haute Autorité de santé, l'association aux programmes d'accompagnement des patients, l'indépendance des programmes vis-à-vis d'intérêts financiers ou professionnels. Ce premier chapitre est suivi d'un deuxième portant dispositions pénales par lesquelles toute personne mettant en œuvre un programme d'ETP non autorisé s'expose à une amende de 30 000 euros (article L. 1162-1).

Dans plusieurs pays comme l'Angleterre ou l'Australie, des programmes de « Disease Management » ont été mis en place. Il s'agit de systèmes coordonnés d'interventions et de communications dont l'objectif est d'améliorer les compétences et les connaissances du patient, de soutenir son engagement et sa motivation (coaching), de coordonner les soins et de mieux le suivre.

Encadré 7.6 - L'observance thérapeutique : les malades ne suivent pas toujours très bien les recommandations de leurs médecins...

Un aspect de l'ETP est désigné par le terme d'observance thérapeutique. Il traduit la notion de compliance (Tarquinio et Fischer, 2001a) utilisée dès 1975 dans le lexique médical et dans les travaux anglo-saxons pour remplacer l'expression « fuite du patient », lié implicitement au stéréotype du mauvais patient qui ne veut pas ou ne peut pas se soumettre (*to comply*) aux prescriptions médicales. La compliance désigne donc le comportement d'un patient qui se soumet aux prescriptions et aux orientations médicales. Alors que le terme de compliance est largement répandu dans le vocabulaire médical international, beaucoup de chercheurs en sciences



1. Loi portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article L. 1161-1. Créé par loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 art. 84. 2009.

2. Loi portant sur la réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article L. 1161-2. Créé par loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 art. 84. 2009.



sociales lui préfèrent celui d'observance en mettant l'accent sur l'adhésion personnelle aux traitements thérapeutiques.

Le terme d'observance thérapeutique désigne, selon les auteurs, le degré de suivi des prescriptions médicales (Schwed-Girardin et Darioli, 1994), sa capacité à suivre une ordonnance dans le cadre d'essais cliniques ou de soins courants (Salicrù, 1997). Cela peut concerner la diète et le régime alimentaire, la pratique d'exercices ou plus classiquement la prise de médicaments (Morris et Schultz, 1992).

Il existe également d'autres termes comme ceux d'adhérence et de maintenance (Kruse, 1992). En France, les psychologues emploient, selon les cas, le terme d'adhésion ou d'observance aux traitements.

L'observance n'est pas un comportement homogène pour tous les patients et l'on peut distinguer deux situations :

- Dans la première, l'observance résulterait d'une confiance, d'une sorte de crédit accordé *a priori* à l'autorité médicale ; son influence y est essentielle, même si, après la consultation, les patients oublient la plupart des choses évoquées par le médecin (Ley, 1988). Dans cette situation, l'observance se réaliserait presque indépendamment de l'apport d'informations ; c'est la confiance accordée au médecin, à son savoir et à son statut qui conduit les patients à se conformer aux prescriptions médicales et aux nécessités de leur traitement (Tarquinio, Fischer et Grégoire, 2000 ; Tarquinio et Fischer, 2001a).
- Le second type d'observance serait plutôt lié à une forme de cheminement intellectuel qui amènerait les patients à être sensibles à la qualité des arguments présentés par les soignants, ainsi qu'à leur portée en matière de santé, plutôt qu'à leur autorité en tant que telle. Une analyse de la littérature montre une corrélation positive et importante entre la quantité de questions posées par les patients aux médecins et le respect sur le long terme des consignes médicales, ceci quelles que soient les pathologies considérées. C'est à la lumière d'une conduite définie à partir des informations relatives à leur maladie (état de santé, raisons des prescriptions, effets secondaires qui viendront perturber la vie du malade, bénéfice...), que les patients pourront suivre les prescriptions, s'engager et maintenir le comportement, indépendamment de tout facteur d'influence interne ou externe. Seule une telle attitude conduira à une observance consistante et stable dans la durée : elle est donc forcément plus efficace.

À partir de ces indications, nous définirons l'observance thérapeutique comme l'ensemble des comportements à travers lesquels une personne malade cherche à se conformer au traitement qui lui a été prescrit afin de préserver sa santé ou de retrouver le chemin de la guérison.

Alors que la définition de l'OMS de 1998 précise que « l'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur

maladie», les modèles sous-jacents aux programmes restent très hétérogènes (Saez *et al.*, sous presse).

L'ETP fait appel à de multiples modèles dans les domaines de la santé, des sciences humaines et sociales, de la pédagogie et des sciences biologiques. Les exposer peut permettre aux acteurs de mieux analyser leurs pratiques et leur compréhension de l'ETP. Ils permettent de mieux comprendre la psychologie des patients et pourquoi les différentes techniques d'ETP sont importantes à mettre en œuvre.

Selon l'OMS (1998), «l'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins ainsi que les comportements de santé et de maladie du patient. Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et de maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie de malade. Ces activités d'éducation sont destinées à aider le patient et sa famille et/ou son entourage à comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé et conserver et/ou améliorer sa qualité de vie». Cette définition souligne l'importance d'intégrer l'éducation thérapeutique dans les soins, ce qui nécessite une démarche structurée, mais également un langage commun entre les différents intervenants.

Pour l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient devrait lui permettre d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui l'aident à vivre avec sa maladie de manière optimale. Il s'agit, par conséquent, d'un processus d'apprentissage systémique et qui prend en considération l'adaptation du patient (*coping*), ses croyances et ses représentations concernant sa maladie et son traitement, ses besoins subjectifs et objectifs, ainsi que ceux de sa famille. Il s'agit en outre d'un processus de soins permanents qui doit être adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient. Il apparaît donc que l'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge à long terme.

Pour Deccache et Meremans (2000), l'éducation thérapeutique est «un processus continu, par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et procédures de soins, les comportements de santé et ceux liés à la

maladie, et leurs facteurs d'influence (représentations de la santé et de la maladie, représentations de rôle, pouvoir sur la santé, sentiment d'efficacité, sens de la maladie et de la santé...). Ce processus est destiné à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, à participer aux soins, à prendre en charge son état de santé, et à favoriser un retour aux activités normales et au projet de vie. Il s'effectue entre des acteurs (institution, soignants, patients et familles), il vise des objectifs de santé définis à partir d'aspirations et de besoins objectifs et subjectifs, il se réalise dans un contexte institutionnel et organisationnel impliquant des ressources et des contraintes, il utilise des méthodes et moyens éducatifs et nécessite des compétences et des structures de coordination ».

L'ETP prend appui sur plusieurs grands principes qui semblent faire consensus :

- une plus grande implication du patient dans les soins et la gestion de sa maladie rendront sa prise en charge plus efficace ;
- de nombreuses complications pourraient être évitées si le patient possédait les savoirs et les compétences appropriées ;
- le degré d'observance thérapeutique peut être amélioré si on forme les patients à un usage optimal de leurs médicaments en les dotant d'outils de résolution de problèmes (gestion des effets secondaires, conduite à tenir en cas d'omission de prise ou de rupture de motivation).

Dans un premier exemple, un programme d'éducation utilisant des méthodes cognitives, comportementales et éducatives a été comparé à un programme d'éducation basé sur la transmission d'information dans les rhumatismes inflammatoires (Hammond et al., 2008).

Nous avons repris et synthétisé l'exemple proposé par Anne-Christine Rat en 2014 afin d'illustrer ce que pouvait recouvrir concrètement un programme d'ETP. The Lifestyle Management for Arthritis Programme (LMAP) comprend des approches cognitives, comportementales et éducatives pour favoriser l'autogestion (Hammond et al., 2008). Les modèles théoriques sur lesquels il est basé sont le Health Belief Model, la théorie sociale cognitive, les thérapies cognitivo-comportementales et le modèle transthéorique du changement de comportement. Il utilise les principes de l'éducation des adultes et les méthodes pour favoriser la mémorisation tels que les répétitions, la catégorisation explicite et les supports distribués à l'avance. Le contenu est fondé sur les priorités, préoccupations et intérêts des patients. Le programme s'appuie sur la maîtrise progressive de compétences, de stratégies d'autogestion, le modeling, la persuasion, la réinterprétation et la détermination d'objectifs afin d'augmenter la confiance en soi et permettre des changements de comportements. Chaque module comprend des techniques d'autosurveillance, de formation avec retours et conseils individuels de détermination d'objectifs et de plans d'action individuels. Des documents écrits résumant les points importants sont fournis aux patients

pour chaque module. Des carnets d'auto-surveillance permettent aux personnes d'enregistrer leur pratique des exercices.

Tableau 7.3 – Description du Lifestyle Management for Arthritis Programme

	Thèmes abordés
Module 1 (4 séances de 2,5 heures)	S'occuper de ses articulations
Séance 1	Connaissances sur le rhumatisme inflammatoire, croyances de santé, impact du rhumatisme, facteurs affectant les symptômes, expériences personnelles sur ce qui aide, techniques d'autogestion, motivations pour changer.
Séances 2 à 4	• Réalisation régulière de techniques ergonomiques pour réduire la douleur. • Exercices pour les mains. • Gestion de la fatigue et bénéfices des orthèses.
Module 2 (4 séances de 2,5 heures)	Rester mobile et gérer la douleur et l'humeur
	• Croyances concernant l'activité physique, obstacles à sa pratique et solutions à partir de cas. • Activité physique: programmes d'exercice d'assouplissement et de renforcement musculaire. • Programme d'activités de marche progressif. • Échauffement et mouvements de tai-chi.
	Faire l'expérience d'une activité physique de loisir en groupe pour augmenter la confiance en ses capacités à suivre des cours collectifs. Informations sur les possibilités locales.
	Chaussage et conseils concernant les soins podologiques
	• Gestion cognitive des symptômes: gestion du stress, faire face aux pensées négatives automatiques. • Gestion de la douleur avec utilisation du chaud et du froid, TENS, détournement d'attention et relaxation.
Module de révision	
	• Progression des objectifs. • Traitements, examens, communication avec les professionnels de santé.
	Sujets au choix: alimentation, aides sociales, travail, thérapies complémentaires.

Pour standardiser la délivrance du programme, un séminaire de formation a été organisé, rappelant le contenu des modules, les techniques utilisées pour la formation des adultes, pour favoriser les changements de comportements, et d'enseignement. Le Lifestyle Management for Arthritis Programme (LMAP) a été comparé à un programme standard utilisant des techniques d'apprentissage différentes basées sur l'information. Les séances durant 2 heures sont constituées de cours avec discussions de groupe. Des documents écrits résumant les points importants sont fournis aux patients. À 6 mois et 12 mois, la douleur, la fatigue, la santé perçue, le sentiment d'auto-efficacité de l'autogestion de la maladie et des symptômes de polyarthrite, la perception du contrôle, le sentiment d'impuissance et la détresse psychologique étaient significativement meilleurs dans le programme LMAP par rapport au programme standard.

Encadré 7.7 - La problématique du cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique n'existe pas comme objet d'étude séparé, mais doit être situé dans la conception complexe des comportements que les médecins, les personnels soignants et les patients entretiennent entre eux.

La nature particulière de cette relation est d'ordre normatif. Elle se réfère à des paroles et des actes qui fixent les comportements à suivre et qui visent à maintenir la santé, prévenir les maladies, guérir, réconforter et lorsque les traitements curatifs n'ont plus d'effets, à accompagner le patient vers la mort. C'est donc en fonction de la relation entre professionnels de la santé et patients que se définit le cadre à l'intérieur duquel l'observance doit être abordée. Celle-ci est liée à un modèle de relation thérapeutique qui établit un cadre de compétence médicale socialement reconnu et qui confère aux personnels soignants, aux médecins en particulier, une autorité qui leur permet de prescrire et d'imposer aux patients un ensemble de traitements qui impliquent des comportements à suivre.

On désigne sous le nom d'« autorité d'Esculape » ce pouvoir conféré aux médecins, tant au moment du diagnostic que dans la prescription d'un traitement, ce qui lui permet d'obtenir l'attention, le respect et l'obéissance du patient.

L'autorité d'Esculape (dieu de la médecine dans la Grèce antique) englobe plusieurs formes d'expression de l'autorité traditionnellement réservées aux médecins :

- **l'autorité du savoir médical** qui repose sur la connaissance et la compétence relatives à la santé du corps et à la maladie ;
- **l'autorité morale** qui se réfère à ce qui est bon et souhaitable comme, par exemple, dans le cas des malades confrontés à la mort, la décision de choisir le type de traitement le plus souhaitable ;
- **l'autorité charismatique** qui désigne la capacité de décider ce qu'il faut faire quand la connaissance médicale proprement dite se révèle insuffisante pour agir concrètement et que l'on ne peut plus suivre les règles établies.



→ Aujourd'hui, le cadre thérapeutique se réfère à cinq modèles principaux de la relation médecin-patient :

- **Le modèle scientifique** appréhende le patient essentiellement à travers les désordres et les diverses pathologies qui affectent ses organes, ses tissus et ses cellules. Bien que la compétence scientifique constitue un élément indispensable du traitement, ce modèle tend à mettre au second plan le patient en tant que sujet, c'est-à-dire dans sa dimension personnelle et psychologique. La conception exclusivement scientifique de la relation médecin patient est donc centrée sur une pratique clinique qui intervient surtout sur un corps où des organes et des cellules sont souvent déréglés et où le patient n'est souvent vu qu'à partir d'eux.
- **Le modèle autoritaire** repose sur l'idée que les patients ne peuvent pas ou ne veulent pas être responsables de leur traitement et qu'ils n'ont pas les connaissances requises pour juger ce qui est dans leur intérêt. En conséquence, le médecin doit décider seul. En effet, chaque médecin a une conception de la façon dont le patient doit se conduire quand il est malade. Dans ce modèle, le malade ne participe pas au traitement : on suppose, directement ou indirectement, qu'il n'en a pas les capacités et que c'est au médecin de le faire.
- **Le modèle contractuel** se fonde sur une conception du contrat liée au fait que ce n'est pas au seul médecin qu'il revient de définir la nature d'une relation qui touche intimement un malade et influe profondément sur sa vie, mais d'un commun accord avec le patient. Veatch (1981) a proposé, dans ce sens, la théorie du triple contrat : le contrat de base fixe les principes fondamentaux tels que le respect de l'autonomie, le respect de la vie et la justice nécessaire au maintien d'une société ; le deuxième contrat détermine les relations entre la société et les professions ; le troisième contrat définit les relations médecins-patients. Dans ce modèle, ces dernières ne sont plus imposées par le seul pouvoir médical mais régies par les règles consensuelles qui associent le patient à la démarche thérapeutique.
- **Le modèle thérapeutique** repose de façon fondamentale sur l'idée qu'un être humain a intrinsèquement besoin d'aide pour recouvrer sa santé. Dans cette conception, la réalité de la maladie ne s'inscrit pas d'abord dans un cadre médical, car elle dépasse toute idée de contrat entre le médecin et le patient. Leur relation est au contraire déterminée par la nature même de la médecine qui est un acte qui vise la guérison. La relation médecin-patient est donc basée ici sur les valeurs et les objectifs intrinsèques de la médecine, définie comme domaine spécifique des relations en tant que cette relation est organisée comme un acte central de guérison.
- **Le modèle d'alliance formelle** part du constat que la relation médecin-patient ne peut se référer à un modèle unique et exhaustif. En effet, cette relation est complexe et ne fait pas seulement intervenir une compétence, des savoir-faire et des services spécialisés, mais aussi une présence personnelle et un souci pour quelqu'un qui a besoin d'aide. Dans ces conditions, on ne peut réduire la

→



relation médecin-patient à une simple relation contractuelle où les deux parties s'engagent dans un projet conjoint en fonction de leur propre intérêt, afin de retirer des avantages et apports directement liés à ces échanges. Le modèle de l'alliance formelle se fonde sur un engagement éthique qui suppose une disponibilité et une volonté de servir qui vont au-delà des intérêts personnels et impliquent en outre une conscience de sa propre fragilité, notamment face aux maladies incurables, à la souffrance et à la mort imminente des patients. L'alliance formelle s'inscrit dans un engagement de ne pas abandonner le patient, surtout lorsque la compétence médicale a atteint ses limites.

Conclusion

Les actions éducatives dans le champ de la santé sont nombreuses et parfois difficiles à distinguer. Ces démarches introduisent l'idée finalement assez récente selon laquelle pour être efficace tout acte thérapeutique doit disposer d'un potentiel éducatif fort. Tout se passe comme s'il suffisait d'éduquer les personnes malades ou non pour espérer transformer leur conduite en matière de prévention. Une telle conception peut paraître réductrice, pour ne pas dire naïve, car elle fait l'impasse la réalité de l'expérience des malades. La psychologie depuis plus d'un siècle ne cesse de montrer la complexité du fonctionnement humain. Nous avons tous une histoire, faite de souffrance et de joie, d'abandon et d'amour, d'épreuves et de victoires. Ce sont tous ces événements qui nous modèlent, transforment et orientent notre rapport aux autres, mais aussi notre rapport à nous-même, donc à notre santé. C'est pourquoi le fait par exemple de boire de l'alcool de temps à autre peut être une condition de survie pour certains. Quand l'alternative est de boire (pour oublier) ou de mourir (car on ne peut oublier), certains choisissent de ne pas mourir. Dans de tels contextes à peine exagérés, on peut se demander quelle portée pourra avoir un message de prévention ? Les modèles les plus simples ne pourront en rien rendre compte de la complexité de ce qui caractérise la psychologie humaine, surtout si cette dernière prend en plus son essor dans des environnements culturels, religieux et sociaux variés et multidéterminés.

C'est pourquoi tous ces programmes éducationnels s'ils ont le mérite d'exister feraient bien de faire une part plus importante à la psychologie et à ce qu'elle peut apporter dans la compréhension de la complexité humaine. Certaines approches comme le courant communautaire l'ont bien compris. Mais si la question du contexte social est clairement prise en compte on voit bien que la dimension individuelle voire intra-psychologique et développementale reste encore sous-estimée.

Tout dispositif éducatif, s'effondra sur lui-même s'il n'est pas en mesure de prendre en compte une certaine complexité des choses. Ceci impose un multi-référencement théorique, une combinaison de méthodes d'intervention, et de méthodes d'évaluation. Parions que nous ne sommes qu'aux prémices de la réflexion autour de ces problématiques pour lesquelles la psychologie de la santé pourra être une source d'inspiration majeure si elle affirme sa place, ainsi que sa spécificité.

CONCEPTS CLÉS

⇒ **Éducation à la santé** : action d'éducation menée dans le domaine de la santé et exercée sur une personne ou un groupe de personnes afin de modifier leurs manières de penser, de sentir et d'agir, en développant au maximum leurs capacités de vivre. L'éducation à la santé est menée par des éducateurs à partir de critères objectifs. Elle s'inscrit dans une logique d'enseignement et considère qu'une bonne connaissance rationnelle des risques et des conséquences possibles est susceptible d'améliorer le rapport de chacun à sa propre santé.

⇒ **Éducation pour la santé** : processus créant avec les personnes et les groupes les conditions du développement de leurs capacités vis-à-vis de la santé, valorisant leur autonomie et leur responsabilité. Il s'agit d'une éducation « pour » la santé de la personne elle-même, telle que celle-ci la conçoit et telle qu'elle choisit de la construire, et non pas seulement telle que la projettent les professionnels ou les autorités sanitaires.

⇒ **Éducation thérapeutique du patient** : démarche éducative dont l'objectif est d'aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants, à vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer sa qualité de vie. L'éducation thérapeutique doit rendre le patient capable d'acquérir et de maintenir les ressources nécessaires pour gérer sa vie de façon optimale. Il s'agit aussi de l'aider ainsi que sa famille et/ou son entourage à comprendre la maladie et les traitements, à collaborer aux soins, à prendre en charge son état de santé et à conserver et/ou améliorer sa qualité de vie.

⇒ **Prévention** : intervention qui anticipe les risques, leur survenue ou le fait d'y être exposé. On distingue aujourd'hui trois niveaux de prévention : primaire (intervention qui vise à réduire autant que possible le risque de sa survenue ou ses conséquences), secondaire (intervention qui cherche à révéler l'atteinte pour prévenir l'aggravation de la maladie par des soins précoces : c'est le dépistage) et tertiaire (intervention qui vise à éviter les rechutes ou les complications et qui consiste en une réadaptation à la situation créée par la maladie ou ses séquelles).

⇒ **Promotion de la santé** : processus qui permet aux populations d'améliorer leur propre santé en leur donnant les moyens d'un plus grand contrôle. La

promotion de la santé, définie par la Charte d'Ottawa, comporte un certain nombre d'axes stratégiques :

- 1) élaborer une politique publique de santé ;
- 2) créer des milieux favorables ;
- 3) renforcer l'action communautaire ;
- 4) développer les attitudes personnelles ;
- 5) réorienter les services de santé.

Lectures conseillées

DECCACHE, A. et LEVENDHOMME, E. (1989). *Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes*. Bruxelles : De Boeck.

MARTIN-KRUMM, C., et TARQUINIO, C. (2011). *Traité de psychologie positive*, Bruxelles : De Boeck.

MORIN, M., TERRADE, F., et PRÉAU, M. (2012). Psychologie communautaire et psychologie de la santé : l'implication de la recherche psychosociale dans la promotion de la santé. *Psychologie française*, 57, 111-118.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2005). *Conférence ministérielle européenne de l'Organisation mondiale de la santé sur la santé mentale*. Helsinki, janvier 2005.

TARQUINIO, C. et FISCHER, G.N. (2001a). La compliance : dimensions conceptuelles et facteurs psychosociaux. *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 49, 15-33.

Bibliographie

AGUERRE, C. (2017). Regards croisés sur la santé, le rétablissement et le bien-être : psychologie positive, psychopathologie clinique et psychologie de la santé. *Revue québécoise de psychologie*, 38 (1), 83-102.

BAIGENT, C., KEECH, A., KEARNEY, P.M., BLACKWELL, L., BUCK, G., POLLICINO, C. et al. (2005). Cholesterol treatment trialists' (CTT) collaborators. Efficacy and safety of cholesterol lowering treatment : prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet*, 366, 1267-1278.

BERTHET, E. (1983). *Information et éducation sanitaire*. Paris : PUF.

BODENHEIMER, T., WAGNER, E.H. et GRUMBACH, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness : the chronic care model, Part 2. *JAMA*, 288, 1909-1914.

BROUSSOULOUX, S., HOUZELLE-MARCHAL, N. (2004). *Éducation à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet*. Paris : INPES.

BURY, J.A. (1988). *Éducation pour la santé, concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles : De Boeck.

CASTILLO, F. (1987). *Le chemin des écoliers : l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Bruxelles : De Boeck.

- COTTON, E. (1982). *L'Éducation pour la santé : méthodes*. Bruxelles : Éditions de l'Université de Bruxelles, École de santé publique.
- CRITCHLEY, J.A. et CAPEWELL, S. (2003). Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA*, 290, 86-97.
- DECCACHE, A. et LEVENDHOMME, E. (1989). *Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes*. Bruxelles : De Boeck.
- DECCACHE, A. et MEREMANS, P. (2000). L'éducation pour la santé des patients : au carrefour de la médecine et des sciences humaines. In B. Sandrin-Berthon (éd.), *L'Éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : PUF.
- DESCHAMPS, J.P. (2001). Éducation du patient, promotion de la santé et formation des soignants. In A. Dandé, B. Sandrin Berthon, F. Chauvin et I. Vincent (édS.), *L'Éducation pour la santé des patients : un enjeu pour le système de santé*. Paris : CFES.
- EWLES, L. et SIMMET, I. (1985). *Promoting health. A practical guide to health education*. New York : John Wiley et Sons.
- FARQUHAR J.W., MACCOBY N., WOOD P.W. et al. (1977). Community education for cardiovascular health. *Lancet*, 1, 1192-1195.
- FARQUHAR J.W., FORTMANN S.P., FLORA J.A., TAYLOR C.B., HASKELL W.L., WILLIAMS P.T., MACCOBY N. et WOOD, P.D. (1990). Effects of community wide education on cardiovascular risk factors. The Stanford Five City Project. *Journal of American Medicine Association*, 264, 359-365.
- FREDRICKSON, B.L., TUGADE, M.M., WAUGH, C.E., LARKIN, G.R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology* 84, 365-376.
- GERVAIS, A., O'LOUGHLIN, J., DUGAS, E., EISENBERG, M.J., WELLMAN, R.J., DIFRANZA, J.R. (2007). A systematic review of randomized controlled trials of youth smoking cessation interventions. *Drogues Santé Société*, 6, 283-316.
- GRÉMY, I., EMBERSIN C., WU-ZHOU, X., BROUARD, C., (2004). *Évaluation sur trois ans du programme CAPRI de prévention des addictions. Suivi des collégiens de la cinquième à la troisième*. Observatoire régional de la santé d'Île-de-France et caisse régionale d'Assurance Maladie d'Île-de-France, Paris.
- HAMMOND, A., BRYAN, J. et HARDY, A. (2008). Effects of a modular behavioural arthritis education program: a pragmatic parallel-group randomized controlled trial. *Rheumatology*, 47, 1712-1718.
- HONTA, M. (2016). The state and management of risks linked to physical inactivity in France, an analysis of the implementation of the « sport, health and well-being » plan. *Internal Journal of Sport Policy Politics*, 8 (4), 577-591.
- KRUSE, W. (1992). Patient compliance with drug treatment new perspectives on an old problem. *Clinical Investigation*, 70, 163-166.
- LAPIERRE, S., MARCOUX, L., DESJARDINS, S., DUBÉ, M., et al. (2017). Un programme innovateur de promotion du bien-être psychologique pour des personnes âgées dépressives. *Revue Québécoise de Psychologie*, 38 (1), 185-206.
- LECOCQ, J., HERZOG, F., RADU, M. et al. (2014). Medical prescription of physical activity: assessment of the experimentation conducted in Strasbourg, sport medicine. *Annal of Physic Rehabilitation Medicine*, 57, S1, 263-278.
- LEY, P. (1988). *Communicating with patients*. Londres : Croom Helm.
- MCNEILL, A.D., WEST, R.J., JARVIS, M., JACKSON, P., BRYANT, A. (1986). Cigarette withdrawal

- symptoms in adolescent smokers. *Psychopharmacology*, 90, 533-536.
- MARTIN-KRUMM, C., et TARQUINIO, C. (2011). *Traité de psychologie positive*, Bruxelles: De Boeck.
- MINARY, L., ACOUETÉY, D.S., BOHADA, A., WIRTH, N., MARTINI, H., ZMIROU-NAVIER, D., ALLA, F. MARTINET, Y. (2010). Aide au sevrage tabagique pour les adolescents apprentis: le programme TABADO. *Revue des Maladies Respiratoires*, 27(7), 663-666.
- MORGAN, A. et ZIGLIO, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education, Suppl.* 2, 17-22.
- MORIN, M., TERRADE, F., et PRÉAU, M. (2012). Psychologie communautaire et psychologie de la santé: l'implication de la recherche psychosociale dans la promotion de la santé. *Psychologie Française*, 57, 111-118.
- MORRIS, L.S. et SCHULTZ, R.M. (1992). Patients compliance on overview. *Journal of Clinical Pharmacology and Therapy*, 17, 283-295.
- MOSKOWITZ, J.M., 1989. The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 54-88.
- NEWMAN, S., STEED, L. et MULLIGAN, K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*, 364, 1523-1537.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1986). Charte d'Ottawa. Première conférence internationale sur la promotion de la santé. Ottawa, novembre 1986.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). Rapport sur la santé dans le monde 2001. Santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2005). Conférence ministérielle européenne de l'Organisation mondiale de la santé sur la santé mentale. Helsinki, janvier 2005.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1969). Planification et évaluation des services d'éducation sanitaire. *Série de Rapports Techniques*, 409.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1998). *Therapeutic Patient Education*. Report of a WHO working group. EUR/ICP/QCPH 010103, WHO Copenhagen.
- PUSKA P., TUOMILEHTO J., SALONEN J. et al. (1981). *Community control of cardiovascular diseases*, The North Karelia Project. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
- RAT, A.C. (2014). *Les démarches d'éducation thérapeutique*. In G.N. Fischer et C. Tarquinio (éds.), *Psychologie de la santé: Applications et interventions*. Paris: Dunod.
- RENAUD, L., O'LOUGHIN, J., PARADIS, G., CHEVALIER, S. (1998). Un programme de promotion de la santé cardiovasculaire auprès des 9-12 ans et de la communauté Saint-Louis du Parc/Québec. *Santé Publique*, 10 (4), 425-445.
- RUBINSON, L. et ALLES, W.F. (1984). *Health education: foundations for the future*. Time Mirros: Mosby College Publishing.
- SALICRÚ, R. (1997). Compliance ou adhésion? *Le Journal du Sida*, 101, 18-20.
- SAOUT, C., CHARBONNEL, B. et BERTRAND, D. (2008). *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient*.
- SHANKAND, R., SAIAS, T. et FRIBOULET, D. (2009). De la prévention à la promotion de la santé: intérêt de l'approche communautaire. *Pratiques Psychologiques*, 15, 68-76.
- SELIGMAN, M.E.P. (1994). *Apprendre l'optimisme*. Paris: InterEditions.
- SELIGMAN, M.E.P. et CSIKSZENTMIHALYI, M. (2011). La psychologie positive: une introduction. In C. Martin-Krumm et C. Tarquinio (éds.), *Traité de psychologie positive*. Bruxelles: De Boeck.

- SPIRE, B., NOSEDA, V., et DOURIS, V. (2010). *Tentative de définition de la recherche communautaire*. Paper presented at the Conférence Francophone VIH/SIDA, Casablanca.
- SCHWED-GIRARDIN, A. et DARIOLI, R. (1994). La compliance thérapeutique et ses déterminants. *Médecine et Hygiène*, 52, 557-560.
- TARQUINIO, C. et FISCHER, G.N. (2001a). La compliance : Dimensions conceptuelles et facteurs psychosociaux. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 49, 15-33.
- TARQUINIO, C. et FISCHER, G.N. (2001b). Therapeutic compliance methodologies in HIV-Infection treatment : A comparative study. *Swiss Journal of Psychology*, 60 (3), 136-160.
- VEATCH, R.M. (1981). *A theory of medical ethics*. New York: Basic Books.
- VANDEREYCKEN, W. et NOORDENBOS, G. (1998). *The prevention of eating disorders. Studies in eating disorders: An international series*. New York: New York University Press.

Chapitre 8

Psychologie, spiritualité et santé



Sommaire

1. Spiritualité et religion : ouverture conceptuelle	240
2. Spiritualité, religion et santé	242
Conclusion.....	251
Lectures conseillées	253
Bibliographie	253

On assiste depuis quelques années à un retour du « spirituel ». Pour Frédéric Lenoir (2011), ce besoin de spiritualité révèle d'un besoin profond « de retrouver l'accès à des expériences archaïques du sacré. Et si ce n'est à travers une réelle symbiose avec le cosmos, c'est en se reliant à son corps et à ses émotions que l'homme contemporain recherche à éprouver le sacré, ce qui est une autre manière de "quitter le mental" pour retrouver la nature ». Quête de sens, quête de soi, quête du sacré, tout est possible aujourd'hui. Devenue un véritable objet de consommation, la spiritualité est disponible à la carte selon ses envies et ses périodes de disponibilité. Entre deux avions ou deux périodes de stress professionnel il est possible de méditer et de se retrouver dans des univers à la scénographie parfaite qui nous rappellent l'Asie et les vies d'ascètes des moines bouddhistes. Utile pour tout, elle est de ces nouvelles thériaques thérapeutiques qui permettent de répondre aux besoins de développement personnel, de bien-être, d'épanouissement, de gestion du stress. On redécouvre ainsi de nouvelles pratiques, souvent mises à la « sauce » moderne (kabbalah, bouddhisme occidental...). Pour expliquer ce tourisme spirituel, Raphaël Lioger (2009) propose la théorie de l'« individuo-globalisme » qu'il explique en ces termes :

« Derrière la multiplication apparemment chaotique des groupes religieux dans les sociétés dites postindustrielles, se profile une orthodoxie oscillant entre la "quête de soi" et "l'ouverture au Tout", l'individuo-globalisme, qui s'accompagne d'une mystique exprimée dans un langage quasi-scientifique sous certains aspects et néotraditionnel sous d'autres, qui se dénomme spiritualité plutôt que religion, et qui s'appuie sur le culte de l'énergie, objet paradoxal à la fois naturel et surnaturel, personnel et impersonnel, bref individuel et global ».

Ces nouvelles spiritualités s'inscrivent dans « cette dogmatique orthorotationnelle (rejet d'une mauvaise rationalité, froide et impersonnelle, au profit du dogme d'une rationalité juste, écologique, vraie, qui redécouvre les "traditions authentiques"), qui se présente plus comme spirituelle que religieuse. »

Selon cet auteur, ce changement ne fait pas passer de l'ère de la religion à l'ère de la spiritualité mais indique « un changement de signifiant, de contenant – ce qui constitue la véritable originalité de l'évolution actuelle – mais nullement de signifiant, de contenu ».

Ainsi, chacun recherche un sens à sa vie et des solutions pour affronter la souffrance et trouver des réponses face aux énigmes de l'existence. On aurait pu penser que le ^{xxi}e siècle serait celui de la psychologie de l'avoir « j'ai donc je suis ». Insuffisant visiblement, il en va tout autrement. Ce siècle montre que les hommes

les plus modernes ont besoin de donner de la perspective à leur vie lors de leur passage sur terre. Croire en quelque chose qui redonne espoir et du sens à vivre s'impose comme une quête qui laisse peu de gens indifférents. Il apparaît que les épreuves et la maladie stimulent plus encore cette quête et ce questionnement. Cela n'a en tout cas pas échappé aux cliniciens et aux chercheurs qui se sont demandé si la spiritualité et la religiosité pouvaient aider les malades à aller mieux, et leur permettre de mobiliser des ressources nouvelles pour affronter les bouleversements multiples.

Les recherches dans le champ de la spiritualité ont pris leur essor dans les années 1980 notamment dans le domaine de la santé. C'est dans ce contexte que nous aborderons la question de la spiritualité et de la religion afin que les psychologues de la santé puissent être sensibilisés à cette dimension et qu'ils puissent ainsi en tenir compte dans leur intervention clinique et leurs travaux de recherche. Dans ce chapitre nous envisagerons dans un premier temps de spécifier ce que la spiritualité et la religion recouvrent. Nous verrons ainsi que des termes aussi communément utilisés restent assez complexes à définir. Dans une seconde partie nous envisagerons le lien entre spiritualité, religion et santé. Ces deux dimensions souvent confondues et articulées dans les recherches semblent favoriser l'adaptation des malades et réduire les impacts négatifs des événements de vie difficiles. Nous présenterons ensuite un outil de mesure de la spiritualité qui pourra servir aux cliniciens et aux chercheurs à opérer des évaluations dans ce domaine. Enfin, nous discuterons de la possibilité d'introduire, lorsque cela est possible, dans la prise en charge des malades le « soutien spirituel » qui se distingue du soutien psychologique classique et qui pourrait favoriser la mobilisation de ressources adaptatives nouvelles et complémentaires.

1. Spiritualité et religion : ouverture conceptuelle

1.1 Approche de la spiritualité

La spiritualité peut être définie, comme la partie de notre vie intérieure qui a un rapport avec l'absolu, l'infini ou l'éternité, que ceux-ci soient conçus comme transcendants et personnels (on parle alors de divinité et de Dieu) ou bien comme immanents et impersonnels (où l'on parlera plutôt de l'être, de la vérité ou de la nature), avec bien sûr une prise en compte de tous les degrés intermédiaires entre ces deux pôles. Toutes les religions contiennent en leur sein une dimension spirituelle centrale. C'est le cas du judaïsme, du christianisme ou de l'islam.

À l'inverse, toute spiritualité n'est pas forcément religieuse. Si certaines comme le bouddhisme ou le taoïsme ne vénèrent aucun Dieu, d'autres dites laïques se pratiquent en dehors de tout contexte religieux. Notre époque est d'ailleurs propice à de telles approches qui se pratiquent alors dans la sphère privée avec comme seul but une sorte d'apaisement et de quête de soi. Ainsi, on constate des approches multiples de la spiritualité ce qui la rend difficile à circonscrire et à définir. On peut considérer la spiritualité comme un ensemble de croyances et d'attitudes qui donnent un sens et un but à la vie par un sentiment de connexion au soi, aux autres, à l'environnement naturel, à une puissance supérieure et/ou à d'autres forces surnaturelles. Ces croyances et ses attitudes sont organisées autour de la quête de sens (élaboration d'un réseau de significations permettant de surmonter la gravité des situations auxquelles on se trouve confronté), la transcendance (existence d'une réalité qui dépasse l'individu), les valeurs (caractérisent, le bien, et le vrai c'est-à-dire des choses matérielles et psychologiques qui ont du poids et qui comptent pour la personne).

La recherche spirituelle s'ancre dans le désir de l'individu de vivre sa vie selon une attitude qui transcende les contingences et qui donne une profondeur à son existence. Dès lors, la spiritualité exerce une fonction d'intégration et d'harmonie impliquant l'unité intérieure, d'une part, et la relation aux autres et à une réalité plus large qui induit la capacité de transcendance, d'autre part.

Les manifestations liées aux expériences spirituelles sont extrêmement polymorphes et propres à chaque individu ; chacun exprimant sa spiritualité à sa manière. La spiritualité amène l'individu à développer des valeurs personnelles comme la paix intérieure, l'altruisme, ou la compassion.

Rappelons néanmoins que la notion de transcendance est spécifiquement religieuse. Elle découle directement d'une révélation (la Bible, etc.) dont la source est Dieu qui parle aux Hommes. À la différence de la transcendance, la spiritualité est autoréférentielle : aujourd'hui dans les démarches méditatives ce sont les êtres humains qui définissent le sens de leur vie (comme l'euthanasie actuellement par exemple...) alors que dans la transcendance le sens de la vie nous est donné pour toute chose (exemple tu ne tueras point...).

1.2 La religion

La religion peut se concevoir comme un ensemble de croyances et de dogmes définissant le rapport de l'homme avec le sacré. Il s'agit aussi d'un ensemble de pratiques et de rites propres à chacune de ces croyances. La religion peut donc s'envisager comme un ensemble de croyances et de pratiques qui réglementent la

relation du croyant au sacré ou au divin. Elle implique donc une qualité mystique et surnaturelle qui favorise la proximité au transcendant et détermine la compréhension de sa relation aux autres dans le contexte communautaire (Koenig *et al.*, 2012). Concernant les monothéistes, la religion est perçue comme reliant les individus de manière horizontale, c'est-à-dire entre eux, et de manière verticale, c'est-à-dire à la divinité (Dieu, Allah...). Toutes les religions sont déterminées et influencées par de nombreux phénomènes culturels permettant d'envisager la relation au divin, une conception du monde et de répondre aux questions existentielles que les individus peuvent se poser au regard de leur vie.

Plus précisément, pour Pargament *et al.* (2007), la religion est à la croisée du sentiment de sens et du sentiment de transcendance, et se définit comme « une recherche de sens dans la façon d'être lié au sacré ». Cela implique un processus par lequel les individus découvrent le sacré, l'intègrent et le transforment, dès lors qu'ils sont confrontés à un besoin de changement. Dans la vision contemporaine, la religiosité est souvent réduite à son aspect institutionnel et traditionnel, alors qu'historiquement elle était envisagée dans une conception plus large. En effet, multidimensionnelle, la religion réunit de nombreuses composantes telles que l'engagement religieux, l'affiliation religieuse, l'attitude religieuse, la fréquentation des offices religieux, la pratique de la prière (collective ou privée), la lecture ou l'étude des textes fondateurs, etc.

2. Spiritualité, religion et santé

2.1 Un intérêt pour la santé

La spiritualité est devenue depuis quelques années une dimension importante dans le champ de la santé et potentiellement dans la prise en charge des malades et les recherches sur ce sujet sont de plus en plus importantes.

Plusieurs facteurs permettent d'expliquer cette nouvelle préoccupation, notamment certaines limites de la médecine scientifique qui réduit les malades à un objet d'analyse et de recherche qui considère trop souvent l'organe malade et non la personne malade. Chacun d'entre nous a le sentiment d'être d'un organe que les spécialistes qui ne communiquent plus entre eux se partagent. Les spécialistes médicaux ont balkanisé notre corps et nos organes. Par effet induit, un cœur ou poumon ou un intestin ne pense pas et qui plus est, n'a pas d'aspiration spirituelle ou existentielle. Si la technique a permis à la médecine moderne des avancées

majeures dans le diagnostic et le traitement des maladies, son développement technoscientifique a rationalisé à outrance la maladie et le malade et a fait perdre le caractère unique des personnes malades (Philibert 1998). La médecine contemporaine a eu tendance à mettre la technique au service d'une conception réductrice de la santé et du corps.

Cantonnée au mesurable et à l'objectivable et excluant ce qui n'entre pas dans ces catégories, c'est l'hégémonie de l'*evidence based medicine*¹ qui doit être mise en veilleuse. Les questions relatives au sens de la vie et de la maladie sont les grandes oubliées de cette approche. Et ce sont tous ces problèmes que les approches thérapeutiques alternatives ont voulu prendre en considération. Incapable de répondre aux attentes et aux espoirs de guérison qu'elle a elle-même suscités, interpellée par les approches thérapeutiques alternatives à élargir ses notions de santé, de maladie et de guérison, la médecine scientifique, sans être rejetée, n'a aucune place pour les questions existentielles fondamentales. D'où l'intérêt d'intégrer la spiritualité des malades dans les prises en charge, qui redonnent de l'espoir et améliorent foncièrement les relations soignés-soignants, dans la mesure où ces derniers sont en capacité de l'intégrer.

Encadré 8.1 - Imagerie cérébrale et spiritualité (Beauregard et Paquette, 2006)

Mario Beauregard et Vincent Paquette (2006), ont examiné, par le biais de la neuro-imagerie fonctionnelle, les changements survenus dans le cerveau lors d'une expérience mystique². Pour ce faire, ils ont demandé à quinze nonnes de l'ordre des carmélites, un ordre catholique romain contemplatif (Québec) faisant valoir une vie mystique importante par des pratiques telles que la prière et la contemplation silencieuse (environ 21 000 heures), de participer à leur étude. La



1. C'est la médecine fondée sur la preuve et sur les faits. Les preuves considérées comme de plus haut niveau sont issues d'études cliniques systématiques, par exemple les essais cliniques randomisés. L'EBM consiste donc à fonder les décisions cliniques sur les connaissances théoriques et sur les preuves scientifiques, tout en tenant compte des préférences des patients. L'EBM, conçue comme une méthodologie explicite de recherche des meilleures preuves disponibles pour résoudre un problème clinique, se fait selon quatre étapes :

- 1) la formulation du problème médical en une question claire et précise ;
 - 2) la recherche dans la littérature des articles les plus pertinents en rapport avec la question posée ;
 - 3) l'évaluation de la fiabilité et de l'applicabilité des conclusions extraites des articles retenus, la pertinence clinique ;
 - 4) l'intégration des conclusions retenues pour répondre à la question initiale posée.
2. Attention une expérience mystique, n'est pas d'ordre spirituel, au sens où on l'entend aujourd'hui. L'expérience mystique exprime plutôt l'expérience d'une relation au sacré. À travers des attitudes d'abandon d'invocation à Dieu s'opère une communion au divin.

→ vie de ces nonnes étant dévolue à la prière, elles ne peuvent interagir entre elles que pendant deux courtes périodes de 20 minutes chacune, chaque jour. Toutes avaient expérimenté une « union mystique » auparavant. L'expérience mystique ne pouvant être induite sur commande, les chercheurs ont demandé aux Carmélites de repenser à cette union mystique, car il est fait appel aux mêmes connexions utilisées lors de l'événement réel. Les expériences mystiques ont été évaluées par le biais d'entretiens qualitatif et quantitatif. L'échelle Mystique de Hood a été utilisée immédiatement après l'expérience mystique. Les nonnes ont rapporté les items suivants le plus fréquemment : « J'ai eu une expérience que j'estime sacrée », « J'ai eu une expérience durant laquelle quelque chose de plus grand que moi a semblé m'absorber », « J'ai fait l'expérience d'une joie profonde ». Lors des entretiens qualitatifs, les nonnes ont rapporté avoir ressenti la présence de Dieu, son amour inconditionnel, des sentiments de plénitude et de paix. Les régions cérébrales activées dans l'état mystique étaient notamment le noyau caudé (amour inconditionnel et joie) et le tronc cérébral gauche (lié aux changements somato-viscéraux liés à la joie et à l'amour).

Les recherches sur la spiritualité ont pris leur essor dans les années 1980. En un quart de siècle, les publications relevant du mot-clé *spirituality* sur *PubMed* ont vu leur nombre augmenté de façon exponentielle. Un des chefs de file du champ de recherche qui rapproche spiritualité et santé, est le psychiatre américain Harold G. Koenig. Il est coauteur du *Handbook of Religion and Health*, paru en 2001. Pour Koenig, intégrer la spiritualité dans le domaine de la santé est de l'ordre du bon sens¹ car la plupart des patients atteints de maladies graves ont des besoins spirituels au même titre que des besoins psychologiques, physiques ou sociaux. Ces besoins doivent donc être pris en compte parce qu'ils ont une influence sur la santé voire sur la mortalité. La spiritualité est une ressource ! Elle permet au patient de faire face à la maladie. Psychologiquement, dans la mesure où la spiritualité permet

1. Certains auteurs (Sloan, Bagiella et Powell 1999) contestent la validité de ces recherches et de leurs conclusions, tout en reconnaissant un lien entre la spiritualité et la santé. Selon eux il serait plus convaincant d'envisager des modèles multifactoriels qui tiennent compte de la concomitance d'autres facteurs, comme l'âge, le sexe, l'éducation, l'appartenance ethnique, le statut socio-économique. De plus, on reproche à ces études un manque de consistance occasionné quant à la définition et aux mesures qui découlent de la religiosité et de la spiritualité. Et c'est en effet un point critique et de grande fragilité de toute cette littérature. De telles critiques sont par ailleurs entièrement fondées et la lecture attentive d'une grande majorité de ces travaux nous conduit assez vite à relativiser la portée des résultats obtenus. Cela ne remet pour autant pas en question cette problématique qui dans la vie de tous les jours montre son importance. Il conviendra à l'avenir d'espérer que des travaux plus ambitieux voient le jour dans ce domaine avec à la fois une rigueur méthodologique et écologique afin de mieux saisir l'importance du phénomène et de le comprendre.

de diminuer le stress, l'anxiété, la dépression. Socialement, parce que la spiritualité favorise les relations sociales et cet aspect influence positivement la santé.

En raison de son influence sur la santé, Koenig recommande même aux professionnels du soin de s'intéresser à la spiritualité de leur patient comme ils s'intéressent à leur consommation d'alcool ou de tabac.

Ian G. Barbour (1997) présente quatre typologies d'interaction possibles entre la science et la religion, les deux pouvant s'envisager dans des rapports antagonistes (les deux cherchent mutuellement à nier leur prétention à la vérité), d'indépendance (chacune gardant sa sphère d'expertise qui lui est propre, par exemple la science s'occupant du corps et la religion de l'âme), de dialogue (les deux collaborent sur des sujets communs de réflexion et de recherche) ou d'intégration (articulation ou mise en lien des deux comme c'est le cas de la recherche dans le domaine). La plupart des recherches qui ont étudié les croyances et la pratique religieuses en lien avec la santé mettent en évidence que les personnes religieuses ou spirituelles sont en meilleure santé physique et psychologique que les autres et qu'elles ont une conduite et un style de vie plus sains et qu'elles font moins appel aux services de santé (Koenig, 2000).

On montre d'ailleurs de manière assez convaincante que la maladie est à cet égard propice à l'émergence d'un questionnement existentiel important. Plusieurs sondages ont d'ailleurs révélé que les personnes malades considéraient leur santé spirituelle comme aussi importante que leur santé physique (Mueller, Plevak et Rumman, 2001).

2.2 Quelques travaux dans le champ de la santé et de la maladie

La religion et/ou la spiritualité ont été prises en compte par de nombreux auteurs dans le domaine de la santé. Les travaux ont généralement porté sur les problématiques du stress, du deuil ou des maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, cancer, maladies rénales, VIH) (Koenig, McCullough et Larson, 2001). De manière générale, les résultats montrent des effets positifs du coping religieux sur la santé. En 2005, Ano et Vasconcelles ont publié une méta-analyse sur l'effet des stratégies de coping spirituel et religieux sur l'ajustement aux événements stressants. Le coping religieux était principalement associé aux croyances et pratiques religieuses (conversion religieuse, purification, support social lié au clergé, punition divine...). Il était défini comme l'usage de croyances ou comportements religieux pour faciliter la résolution d'un problème, prévenir ou apaiser les conséquences émotionnelles négatives de circonstances de vie stressantes. Les auteurs ont ainsi

montré que l'utilisation du coping religieux (conversion religieuse, connexion à Dieu...) s'avérait efficace pour s'adapter aux événements stressants. Cela avait pour effet de réduire les niveaux de détresse, de culpabilité ou de désespoir.

Le coping religieux apparaît également comme une stratégie adaptée lorsqu'il s'agit de faire face à la maladie grave. Thuné-Boyle *et al.* (2006) se sont intéressés aux liens entre coping religieux et ajustement à la maladie dans le cas du cancer. Leur revue de littérature (17 études) montre un effet du coping religieux sur la diminution de la détresse psychologique et l'ajustement à la pathologie. Cette adaptation comprend une diminution du sentiment de colère, d'hostilité et de l'isolement social, et une amélioration du sens donné à l'expérience de la maladie. Le coping religieux pourrait dans certaines études expliquer jusqu'à 14 % de la variance du bien-être émotionnel et 16 % de la variance associée à la satisfaction de vie. Les activités religieuses sont également positivement liées à la joie et aux affects positifs qui influeraient positivement la diminution des sensations douloureuses. À l'inverse, dans cette même méta-analyse quatre études montrent un effet négatif du coping religieux qui s'est révélé être associé à l'augmentation de l'anxiété, du stress, de la détresse, ainsi qu'à une baisse du bien-être émotionnel et familial, de l'ajustement psychosocial et de la satisfaction de vie¹.

Le coping spirituel et religieux a également montré des effets intéressants sur la santé mentale. Koenig, McCullough et Larson (2001) ont par exemple montré un lien positif entre religiosité, bien-être, espoir et optimisme.

Le travail de Hackney et Sanders (2003) précise un peu les choses en distinguant religion institutionnelle (activités liées à la paroisse, motivation extrinsèque, participation dans des rituels liés à la prière), croyances/idéologies religieuses (idéologies, attitudes, croyances et fondamentalisme) et dévotion personnelle (motivation intrinsèque, attachement émotionnel à Dieu, dévotion, prières familiales).

Cette catégorisation a permis de démontrer que la « religion institutionnelle » est associée aux résultats les plus faibles et n'est en rien moteur d'un quelconque effet sur la santé. En ce qui concerne les dimensions « croyances/idéologies » et « dévotion personnelle » ce sont elles qui conduisent aux effets les plus significatifs tant sur la baisse de la détresse émotionnelle que sur l'augmentation de la satisfaction perçue et de l'actualisation de soi. Tout se passe comme si, le degré d'intériorisation des croyances était le plus à même de modifier le niveau d'adaptation et la santé mentale. En d'autres termes, il ne suffit pas d'intégrer et de participer socialement à

1. À noter que dans cette même méta-analyse sept études ne montrent pas d'effet ni positif, ni négatif.

une institution religieuse pour être en meilleure santé. Ce sont les valeurs intimes, les croyances profondes qui sont seules à même d'avoir des effets sur la santé des personnes.

D'autres travaux comme ceux de Büssing *et al.* (2005) ont étudié les effets de la spiritualité/religiosité auprès de sept cent dix patients présentant diverses maladies (42 % souffraient de douleur chronique, 25 % de cancer, 10 % de sclérose en plaques, 21 % d'autres maladies chroniques et 3 % de maladies aiguës). Les résultats montrent que plus les personnes sont engagées dans une posture spirituelle ou religieuse, plus la croyance en une « source suprême » d'aide existe, plus les malades sont amenés à construire une vision positive de leur maladie. Espoir et optimisme deviennent alors des ressources qui les conduisent à espérer en une issue positive de leur maladie et à se battre pour y parvenir.

Tous les travaux dans le domaine laissent entrevoir la possibilité que la spiritualité/religiosité puisse s'envisager comme une stratégie efficace pour faire face aux bouleversements qu'impose la maladie. Si le bien-être et la qualité de vie semblent s'améliorer, certains travaux indiquent même que cette dimension jouerait un effet protecteur sur la santé, prévenant les effets du stress et l'apparition de troubles dépressifs. Les explications de tels effets sont sans doute à trouver dans les perspectives nouvelles qu'offrent aux malades de telles croyances. Croire ou espérer permettent d'ouvrir le champ du possible. Quand tout est encore possible, quand il nous est permis de croire en sa propre capacité à guérir, à s'en sortir ou que l'on pense qu'un Dieu extérieur pourra nous aider alors la lumière peut à nouveau éclairer notre chemin. Une telle approche est sans aucun doute plus encourageante que de penser qu'il n'y a plus rien à faire et que les « dés sont jetés » et que la nuit cette fois et tombée pour toujours.

2.3 Les échelles de mesure de la spiritualité

S'il y a bien une question centrale à cette problématique de la spiritualité/religiosité dans le domaine de la recherche c'est bien celle de définir une unité de mesure et de l'évaluer. Plusieurs outils existent dans le domaine et correspondent bien entendu à la définition que les auteurs vont donner des concepts qu'ils souhaitent opérationnaliser.

Nous avons choisi de présenter la DSES (Daily Spiritual Experience Scale) de Underwood et Teresi (2002) validée en français par Bailly et Roussiau (2010). La DSES fut développée pour mener des études sur la santé. Elle a pour objectif d'évaluer les expériences spirituelles ordinaires au quotidien, c'est-à-dire qu'elle cherche à déterminer le rôle de la spiritualité dans la vie des personnes et leurs

comportements « spirituels » dans la vie quotidienne. Elle permet de découvrir la prise de conscience des individus par rapport au divin et la manière dont les individus interagissent avec celle-ci. La DSES circonscrit 9 domaines avec 16 items¹ : connexion avec le transcendant (items 1 et 2), la force et le confort (items 4 et 5), l'amour perçu (items 8 à 10), l'inspiration et le discernement (items 7 et 8), le sentiment de plénitude/intégration interne (item 6), le sentiment de transcendance de soi (item 3), sentiment de crainte (item 11), sentiment de gratitude (item 12), le sentiment de compassion (item 13), le sentiment de miséricorde (item 14) et le désir du transcendant (item 16). Les qualités psychométriques de la DSES sont plutôt satisfaisantes avec une consistance interne allant de .91 à .95 (Underwood et Teresi, 2002).

Tableau 8.1 – Version française de la DSES

	Plusieurs fois par jour	Chaque jour	Presque tous les jours	Certains jours	De temps en temps	Jamais ou presque jamais
1. Je ressens la présence de Dieu.						
2. Je me sens relié(e) à toute forme de vie.						
3. Durant un office religieux, ou à tout autre moment où je communique avec Dieu, je ressens de la joie, ce qui m'élève au-dessus de mes préoccupations quotidiennes.						
4. Ma religion ou ma spiritualité m'apporte de la force.						
5. Je trouve du réconfort dans ma religion ou ma spiritualité.						

.....
1. Il existe une version courte en six items de l'échelle DSES (Bailly, 2010) :

- . Je ressens la présence de Dieu.
- . Ma religion ou spiritualité m'apporte force et réconfort.
- . Je ressens une paix et une harmonie profonde.
- . Je ressens l'amour de Dieu, directement ou à travers les autres.
- . Je suis spirituellement touché par la beauté de la création.
- . J'aspire à être plus proche ou en harmonie avec Dieu.

	Plusieurs fois par jour	Chaque jour	Presque tous les jours	Certains jours	De temps en temps	Jamais ou presque jamais
6. Je ressens intérieurement une profonde paix ou harmonie.						
7. Je demande à Dieu de m'aider au cours de mes activités quotidiennes.						
8. Je me sens guidé(e) par Dieu au cours de mes activités quotidiennes.						
9. Je ressens de manière directe l'amour de Dieu pour moi.						
10. À travers les autres, je ressens l'amour de Dieu à mon égard.						
11. La beauté de la nature me touche à un niveau spirituel.						
12. J'éprouve de la reconnaissance pour les bénédictions que j'ai reçues.						
13. J'ai le désir d'aider les autres de façon désintéressée.						
14. J'accepte les autres même quand j'estime qu'ils agissent mal.						
15. Je désire être plus près de Dieu ou uni(e) à Lui.						
16. En général, vous sentez-vous proche de Dieu ?						

Pas du tout – Assez proche – Très proche – Aussi proche que possible –

Dans le domaine de la santé, le score obtenu à la DSES est prédictif d'une durée plus courte d'hospitalisation (Koenig *et al.*, 2003). De plus, elle est corrélée négativement avec l'anxiété, la dépression et la consommation d'alcool et positivement avec la qualité de vie et la santé mentale et physique chez malades douloureux chroniques (Rippentrop, 2005).

2.4 Le soutien spirituel comme intervention

Depuis quelques années, les soins spirituels tendent à être intégrés dans la démarche des soignants. Palier aux limites de la médecine, reconnaître l'importance des questions existentielles des malades sont autant d'explications à cette nouvelle dynamique. Peut-être d'ailleurs que les psychologues ne sont pas si éloignés que cela des valeurs que véhicule le domaine de la spiritualité. Pour Pargament et Raiya (2007), « il manquait quelque chose. Beaucoup d'entre nous, je soupçonne, ont été initialement attirés dans le domaine de la psychologie pour des raisons religieuses et spirituelles. Ainsi, ce ne sont pas seulement nos clients qui pourraient accueillir l'intégration de la spiritualité dans la psychothérapie ; Nous, comme thérapeutes, pouvons aspirer à la même chose ». Et s'il est un lieu privilégié pour aborder et utiliser les ressources de la spiritualité, à n'en pas douter, le cadre de la psychothérapie y est propice. N'est-ce pas dans ce cadre qu'il convient d'aider le patient à mobiliser ses ressources afin de pouvoir le mieux possible faire face aux contraintes de la vie et parfois de la fin de vie ? À vrai dire il ne faudrait pas laisser se confondre la question de la spiritualité et de l'humanitaire qui entretiennent peut-être des dimensions communes mais qui se distinguent malgré tout fortement.

Le soutien spirituel est proche du soutien psychologique, parce qu'il est basé sur une relation humaine empreinte de respect et d'authentique. Cependant, le soutien spirituel s'en différencie parce qu'il ne fait pas appel aux mêmes valeurs. Fischer définit le soutien spirituel comme « l'expression d'une relation intérieure avec l'autre au plus intime de son cœur, de son âme » (Fischer, 2013). C'est une dimension qui se fonde sur l'intériorité de l'être humain. Pour toucher cette intériorité, le soignant doit faire preuve de compassion, en adoptant une écoute bienveillante à l'égard du patient. Le patient est pris dans la totalité de son être et donc, dans toutes les sphères de sa vie.

La façon d'exprimer ce soutien au patient se fait dans une présence habitée par l'amour que le soignant est capable de donner.

Gustave-Nicolas Fisher (2013) précise qu'« être aimant pour [le malade] est peut-être la manière la plus spirituelle de le soutenir ». C'est à travers des gestes simples et attentifs que « l'amour pour l'autre se révèle alors la grande, l'extraordinaire, la seule faculté humaine de transcender la déchéance et la mort ». Quand un malade est au stade ultime de sa vie : « Rien d'autre n'est alors possible que de donner de l'amour, et l'accompagnant reçoit autant sinon plus que ce qu'il donne » (Fischer, 2013). Le soutien spirituel est donc une attitude de compassion et d'amour que le soignant peut choisir de mettre en œuvre dans sa pratique auprès de ceux qui souffrent.

À côté de ce soutien spirituel dans la relation médecin-patient, il existe différentes formes de soin qui tendent à intégrer la dimension spirituelle. Ces formes de traitements permettent aux malades d'exprimer leurs besoins profonds qui ne sont pas d'ordre médical. William Breitbart, psychiatre américain, a développé une psychothérapie, la MCP (Meaning-Centered Psychotherapy), qui est une psychothérapie centrée sur le sens. Ce médecin psychiatre s'est inspiré du travail du neurologue et psychiatre autrichien, Viktor Frankl (1988), survivant de l'Holocauste, pour qui la vie ne cesse jamais d'avoir du sens, même dans les moments les plus douloureux. La spiritualité est une quête de sens et en cela, elle peut aider l'homme à donner du sens à la maladie, à la mort.

William Breitbart (2012) a mené une recherche pour cerner les effets d'une psychothérapie axée sur le sens de la vie sur la qualité de vie et l'anxiété des patients atteints de cancers avancés. Il a recruté 120 participants et il les a répartis en deux groupes.

Un groupe de 64 personnes ont suivi la psychothérapie et un groupe de 56 personnes ont eu des séances de massage. Au bout des sept semaines de psychothérapie, il a constaté une amélioration de la qualité de vie et du bien-être spirituel pour les patients qui ont suivi la psychothérapie. Il a également relevé une diminution significative des symptômes douloureux. Mais lorsqu'il a procédé au bout de deux mois à une réévaluation, l'amélioration de la qualité de vie, du bien-être spirituel et de la réduction de la douleur ne se sont pas maintenus. Ainsi, on peut dire que la psychothérapie peut apporter une aide au patient à court terme.

En ce qui concerne l'anxiété, les chercheurs n'ont pas mis en évidence un lien entre la thérapie et l'anxiété, la psychothérapie n'avait aucun effet sur l'anxiété des patients. Les travaux dans ce domaine sont encore au stade des balbutiements et mériteront à l'avenir de nouveaux développements.

Conclusion

La spiritualité fait aujourd'hui de plus en plus partie des nouvelles conceptions de la santé et de la maladie et à ce titre elle n'est pas cloisonnée dans une compréhension purement médicale des choses.

Plusieurs raisons militent en faveur de l'intégration de la spiritualité dans les soins, les services de santé, ainsi que dans la pratique du psychologue de la santé. D'abord parce que les personnes malades elles-mêmes demandent de plus en plus que cette dimension soit reconnue et qu'à défaut de leur être proposée ils iront

la chercher ailleurs. Une conception globale de la santé et de la maladie plaide en faveur d'une intégration de la spiritualité. Les médecins et les psychologues qui prennent le temps de discerner et de découvrir les besoins spirituels des personnes malades peuvent ce faisant les aider à révéler eux-mêmes des ressources insoupçonnées qui pourront les aider à affronter l'épreuve de la maladie. L'enjeu est de taille car cette dimension représente pour les professionnels un potentiel et constitue le cœur même de nos interventions. Certes cela nous renvoie à notre propre spiritualité, à nos croyances et à notre conception du monde. Charge à nous de faire la part des choses et de ne pas amputer l'autre d'une partie de lui-même pour des raisons plus idéologiques que cliniques.

Il faut cependant être prudent dans la façon d'intégrer la dimension spirituelle en psychologie de la santé. Intégrer ne veut pas dire remplacer. En effet, les personnes malades qui requièrent des soins d'ordre spirituel demandent en même temps le bon diagnostic et la meilleure expertise médicale possible. Certes, la prière est efficace, l'espoir guérit et le désespoir tue (Dossey, 1997). Mais, si les croyances et les pratiques religieuses et spirituelles semblent avoir une incidence sur la santé ou la guérison, aucune n'a à ce jour démontré, que la spiritualité ou la religiosité protégeait de la maladie. La maladie n'est pas le fait d'un manque de foi et la spiritualité ne peut se prescrire comme on prescrit aujourd'hui de l'activité physique.

CONCEPTS CLÉS DU CHAPITRE

⇒ **Spiritualité** : la spiritualité est un ensemble de croyances et attitudes qui donnent un sens et un but à la vie par un sentiment de connexion au soi, aux autres, à l'environnement naturel, à une puissance supérieure et/ou à d'autres forces surnaturelles. Ces croyances et ces attitudes sont organisées autour de la quête de sens (élaboration d'un réseau de significations permettant de surmonter la gravité des situations auxquelles on se trouve confronté), la transcendance (existence d'une réalité qui dépasse l'individu), les valeurs (caractérisent, le bien, et le vrai c'est-à-dire des choses matérielles et psychologiques qui ont du poids et qui comptent pour la personne).

⇒ **Religion** : la religion se définit par un ensemble de croyances et de pratiques qui réglementent la relation du croyant au sacré ou au divin. Ce système relie des hommes entre eux et avec une instance non sensible, et donne sens à l'existence.

⇒ **Coping religieux** : le coping religieux se caractérise par un sentiment de connexion au transcendant, une relation sécurisée avec un Dieu bienveillant et la croyance dans un sens plus large. Cette dimension constitue une ressource psychique susceptible d'accompagner les personnes dans les épreuves de la vie.

⇒ **Le soutien spirituel**: le soutien spirituel est proche du soutien psychologique, parce qu'il est basé sur une relation humaine empreinte de respect et authentique. Cependant, le soutien spirituel s'en différencie parce qu'il ne fait pas appel aux mêmes valeurs. Il se définit comme «l'expression d'une relation intérieure avec l'autre au plus intime de son cœur, de son âme» (Fischer, 2013).

Lectures conseillées

LIOGER, R. (2009). L'individu-globalisme: nouvelle culture croyante des sociétés industrielles avancées. *Revue internationale de politique comparée*, 1 (16), 135-136.

FRANKL, V.E. (1988). *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*. Paris: Éditions de l'Homme.

FISCHER, G.N. (2013). *Psychologie du cancer: un autre regard sur la maladie et la guérison*. Paris: Odile Jacob.

Bibliographie

ANO, G.G. et VASCONCELLES, E.B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 61 (4), 461-480.

BAILLY, N. et ROUSSIAU, N. (2010). The Daily Spiritual Experience Scale (DSES): Validation of the short form in an elderly french population. *Canadian Journal of Aging/la Revue canadienne du vieillissement*, 29 (2), 223-231

BARBOUR, I.G. (1997). *Religion and science: historical and contemporary issues*, San Francisco: CA, Harper Collins, 77-105.

BEAUREGARD, M. et PAQUETTE, V. (2006). Neural correlates of a mystical experience in Carmelite nuns. *Neuroscience Letters*, 405, 186-190.

BREITBART, W., POPPITO, S. et al. (2012). Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30 (12), 1304-1309.

BÜSSING, A., OSTERMANN, T. et MATTHIESEN, P.F. (2005). Role of religion and spirituality in medical patients: Confirmatory results with the SpREUK Questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3-10.

LENOIR, F. (2011). *Socrate, Jésus, Bouddha*. Paris: Arthème Fayard.

HACKNEY, C.H., et SANDERS, G.S. (2003). Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study Religion*, 42, 43-55.

KOENIG, H.G. (2000). Religion, spirituality and medicine: Application to clinical practice. *Journal of American Medical Association*, 284, 1708.

FRANKL, V.E. (1988). *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*. Paris: Éditions de l'Homme.

FISCHER, G.N. (2013). *Psychologie du cancer: un autre regard sur la maladie et la guérison*. Paris: Odile Jacob.

- KOENIG, H.G. (2012). *Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications*. International Scholarly Research Network, ISRN Psychiatry.
- KOENIG, H.G., KING, D.E. et CARSON, V.B. (2012). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- KOENIG, H.G., GEORGE, L.K., TITUS, P. et MEADOR, K.G. (2003). Religion, spirituality, and health service use by older hospitalized patients. *Journal of Religion and Health*, 42 (4), 301-314.
- LIOGER, R. (2009). L'individuo-globalisme : nouvelle culture croyante des sociétés industrielles avancées. *Revue internationale de politique comparée*, 1 (16), 135-136.
- MUELLER, P.S., PLEVAK, D.J. et RUMMANS, T.A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76, 1225-1235.
- PARGAMENT, K.I. et RAIYA, H.A. (2007). A decade of research of the psychology of religion and coping. *Psyke et Logos*, 28, 742-766.
- PHILIBERT, P. (1998). Changements de signification de la santé et des soins de santé. *Concilium*, 278, 13-20.
- RIPPENTROP, A.E., ALTMAIER, E.M., CHEN, J.J., FOUND, E.M. et KEFFALA, V.J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *International Association for the Study of Pain*, 311-321.
- SLOAN, R.P., BAGIELLA, E. et POWELL, T. (1999). Religion, spirituality and medicine. *The Lancet*, 353, 664-667.
- THUNÉ-BOYLE, I.C., STYGALL, J.A., KESHTGAR, M.R. et NEWMAN, S.P. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science et Medicine*, 63, 151-164.
- UNDERWOOD, L.G. et TERESI, J.A. (2002). The Daily Spiritual Experience Scale: development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*, 24 (1), 22-33.

Index des notions

A

- Adaptation 138
- Adhérence 224
- Adhésion 224
- Ancrage 62, 63
- Annonce du diagnostic 159
- Auto-efficacité 53
- Autorité
 - charismatique 228
 - d'Esculape 228
 - du savoir 228
 - morale 228

B

- Blunting 157
- Brownelle 177

C

- Cadre thérapeutique 228
- Cancer 168, 185
- Classen 189, 190
- Cohen 184, 185
- Conception
 - anthropologique 150
 - hippocratique 149
 - scientifique 149
- Consultation médicale 155
- Coping 138
 - centré sur l'émotion 114
 - centré sur le problème 114

Cousineau 185

D

- Dakof 188
- Déterminants du coping 110
- Disease 147
- Drogue 185
- Ducharme 192

E

- Effet directe du soutien social 185
- Effet indirecte du soutien social 185
- Endurance (hardiness) 113, 138
- Évaluation
 - primaire 111
 - secondaire 112

F

- Famille 188

G

- Groupes de soutien aux familles 192
- Groupes de soutien aux malades 189
- Groupes organisés par les malades 190

H

- Habitude 44
- Hart 191
- Health Belief Model (HBM) 44, 55, 56
- Hippocrate 148

I

Illness 147

Intention 44

– comportementale 42

Internalité 48

K

Kaltiana-Heino 184

L

Lieu de contrôle 47

M

Maintenance 224

Maladie 145, 149, 150, 168

– chronique 160

– grave 160

Mécanisme de défense 138

Modèle

– autoritaire 229

– contractuel 229

– d'alliance formelle 229

– scientifique 229

– thérapeutique 229

Monitoring 157

N

Norme morale 45

Nyamathi 185

O

Objectification 62

Objectivation 63

Observance 117, 224

P

Personnalité 113

Principe de la co-direction 191

Processus d'action sur la santé 52, 53

Professionnels de la santé 190

Q

Qualité de vie 168

– liée à la santé 168

R

Réadaptation 161

Réhabilitation 161

Représentation 59, 60

– personnelle 59, 60

– personnelle de la maladie 65

– sociale 65

S

Sentiment

– d'auto-efficacité 47, 64

– d'efficacité 57

Shamaker 177

Sickness 148

Siegel 177

Soutien social 177

Soutien social et adolescence 184

Spiegel 189

Stades d'évolution 161

Stratégies

– de coping 138

Stress 116, 185

Styles de coping 114

T

Taylor 188

Théorie

- de l'action raisonnée 42
- de l'auto-efficacité 57
- des comportements interpersonnels 44

- des représentations sociales 61
- des systèmes autorégulés 58
- du comportement planifié 46

W

Wahl 185

Composition : Soft Office

79368 - (I) - OSB 80° - SOF - LAA

Dépôt légal : XXX

Achevé d'imprimer par XXX

N° d'impression

Imprimé en France

