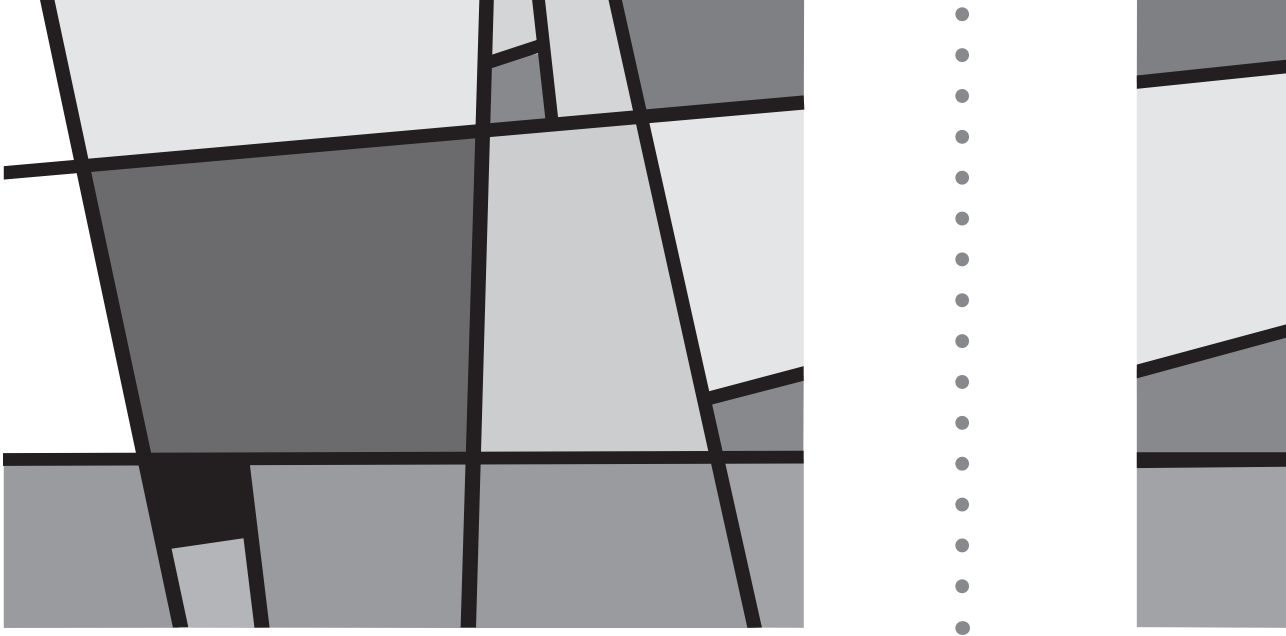




Psychologie de la santé

Concepts, méthodes et modèles

Marilou Bruchon-Schweitzer
Émilie Boujut

DUNOD

Nouvelle présentation 2021
© Dunod, 2014
11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
ISBN 978-2-10-082289-8

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.

Table des matières

PRÉFACE	XV
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 BONHEUR, SATISFACTION DE LA VIE, BIEN-ÊTRE, SANTÉ ET QUALITÉ DE VIE	3
1. Les origines	5
2. L'évolution des notions et les disciplines concernées	6
2.1 Le point de vue philosophique	7
2.2 Le point de vue médical	7
2.3 Les points de vue économique et politique	10
2.4 Le point de vue des sciences sociales	11
3. Les différents concepts	12
3.1 Le bonheur	12
3.2 La satisfaction de la vie	15
3.3 Le bien-être subjectif	17
3.4 La santé	24
3.5 Conclusion : bien-être subjectif, santé, qualité de vie	37
4. La qualité de vie	39
4.1 Les conceptions et définitions de la qualité de vie	39
4.2 Conceptions objectives de la qualité de vie	40
4.3 Conceptions subjectives de la qualité de vie	42
4.4 Conceptions intégratives	44
4.5 Les domaines et composantes de la qualité de vie	46
4.6 Les mesures de la qualité de vie	54
5. Santé, bien-être et qualité de vie : synthèse et discussion	65
CHAPITRE 2 LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX DE LA SANTÉ	83
1. Les déterminants sociaux de la santé	85
2. Les effets de l'environnement sur la santé	89

3. La santé des populations : mortalité, morbidité, espérance de vie, santé auto-évaluée	92
3.1 Quelques indices et mesures	92
3.2 Mortalité infantile	93
3.3 L'espérance de vie à la naissance (EV)	95
3.4 Les causes de décès chez les adultes et les enfants	97
3.5 L'espérance de vie en bonne santé	99
3.6 La santé auto-évaluée	100
4. Les déterminants sociaux généraux de la santé	101
4.1 Le pays : inégalités de santé inter-pays et intra-pays	101
4.2 Le contexte économique et politique	104
4.3 Intégrer la santé dans la politique des états	104
4.4 Les systèmes de santé et les soins primaires dans chaque pays	106
4.5 Inégalités d'accès aux soins : quelques chiffres	109
4.6 Les actions internationales	112
5. La position socio-économique	114
5.1 Le statut socio-économique	115
5.2 Statut socio-économique et santé	117
5.3 Inégalités socio-économiques et santé	125
5.4 Comment les inégalités socio-économiques se transforment en inégalités de santé	129
6. Les déterminants sociaux intermédiaires	132
6.1 L'ethnie	133
6.2 La communauté	138
7. Déterminants sociaux proximaux	144
7.1 Le milieu professionnel	144
7.2 Le groupe de pairs	153
7.3 Le milieu familial	155
7.4 Le couple et la dyade	166
8. Les déterminants sociaux de la santé, synthèse et discussion	170
8.1 Les déterminants structurels généraux	170
8.2 Les déterminants sociaux intermédiaires	170

8.3 Les déterminants sociaux intermédiaires et proximaux	172
8.4 Les déterminants sociaux de la santé : voies et modèles	173
CHAPITRE 3 LA PERSONNALITÉ COMME FACTEUR DE VULNÉRABILITÉ	195
1. Type A, type B et risque cardio-vasculaire	199
1.1 Les conceptions et les mesures	199
1.2 Relations entre mesures du type A et risque coronarien	202
1.3 Faiblesses et inconsistances	203
2. Le type D et la propension à la détresse	204
2.1 Le type D, facteur de vulnérabilité	204
2.2 Chemins par lesquels le type D affecte la santé	206
2.3 Validité et utilité du type D	207
3. Type de personnalité et oncogénèse	208
3.1 Le type C d'après Greer, Morris et Watson	209
3.2 Le type I de Grossarth-Maticek et Eysenck	210
3.3 Le style C d'ajustement chez Temoshok	211
3.4 Personnalité et cancers, quels résultats ?	212
3.5 Des facteurs psychologiques aux cancers : les modèles explicatifs	215
4. L'hostilité, la colère, l'agressivité et le risque cardio-vasculaire	218
4.1 Hostilité, colère et agressivité comme facteurs de vulnérabilité	218
4.2 Les notions et définitions	219
4.3 L'évaluation de l'hostilité, de la colère et de l'agressivité	219
4.4 Hostilité, colère, agressivité et pathologies cardio-vasculaires : un bilan	225
4.5 Effets de l'hostilité sur la santé cardio-vasculaire, hypothèses explicatives	226
4.6 Interventions et prises en charge psychosociales	227
5. L'alexithymie et les maladies psychosomatiques	228
5.1 Définitions	229
5.2 Échelles d'évaluation de l'alexithymie, le TAS-20	229

5.3	Alexithymie, troubles somatiques, psychiatriques et addictions	231
5.4	Voies par lesquelles l'alexithymie affecte la santé	232
5.5	La prise en charge des patients alexithymiques	233
6.	Le névrosisme	234
6.1	Définitions et mesures du névrosisme	234
6.2	Névrosisme et santé mentale	235
6.3	Névrosisme et santé somatique	236
7.	L'anxiété	238
7.1	L'anxiété : définitions et conceptions	238
7.2	L'évaluation de l'anxiété	238
7.3	Anxiété et problèmes de santé	239
7.4	Modèles explicatifs et interventions	241
8.	La dépression	241
8.1	Définitions de la dépression	242
8.2	Approches théoriques	242
8.3	Évaluations de la dépression	243
8.4	Dépression, maladies somatiques et comorbidités	245
8.5	La dépression facteur de risque et de pronostic cardio-vasculaire	246
8.6	La dépression et les cancers	248
8.7	Dépression et maladies somatiques, discussion	249
8.8	Dépression et maladies somatiques : modèles explicatifs et interventions	249
9.	L'affectivité négative	251
9.1	Définition et mesures	251
9.2	Affectivité négative et dimensions classiques de la personnalité	253
9.3	Affectivité négative et santé émotionnelle	254
9.4	Affectivité négative et santé physique	256
9.5	L'affectivité négative, des effets indirects	257
9.6	Utilité de l'affectivité négative	258
10.	Aspects nocifs de la personnalité, conclusion	259

CHAPITRE 4	LES ASPECTS PROTECTEURS DE LA PERSONNALITÉ	277
1.	L'optimisme	279
1.1	L'optimisme dispositionnel de Scheier et Carver	279
1.2	De l'impuissance apprise au style explicatif optimiste/pessimiste	284
1.3	L'optimisme irréaliste (ou défensif)	287
2.	Le contrôle	290
2.1	Le contrôle comme caractéristique des situations	290
2.2	Le contrôle comme caractéristique des individus	292
2.3	Le lieu de contrôle (<i>locus of control</i>) de Rotter	292
2.4	La conception tridimensionnelle du contrôle de Levenson	295
2.5	Les effets salutogènes du contrôle	297
3.	L'endurance (<i>hardiness</i>)	303
3.1	Définition de l'endurance	303
3.2	Endurance et santé	304
3.3	Les mesures de l'endurance	304
3.4	Intérêt de l'endurance ?	305
4.	Le sens de la cohérence (SOC) d'Antonovsky	306
4.1	Le SOC et la salutogenèse	306
4.2	La mesure du SOC	307
4.3	SOC et qualité de vie	309
4.4	SOC, santé physique et mortalité	310
4.5	Les effets du SOC	311
4.6	Quelques problèmes relatifs au SOC	311
5.	La résilience de Rutter	313
5.1	Les origines	313
5.2	Définitions	314
5.3	Les mesures	315
5.4	Les interventions	316
5.5	L'avenir de la notion de résilience	317
6.	L'auto-efficacité de Bandura	317
6.1	La notion d'auto-efficacité et les modèles socio-cognitifs	317

6.2	Les mesures d'auto-efficacité	319
6.3	Auto-efficacité, comportements sains et compétences pour se soigner	320
6.4	AE et santé	321
6.5	Auto-efficacité et performances	321
6.6	Auto-efficacité et bien-être	322
6.7	Discussion : statut et rôle de l'auto-efficacité	323
6.8	Des notions salutogènes convergentes ?	324
7.	L'affectivité positive	326
7.1	L'affectivité positive, définition et mesures	327
7.2	Relations entre affectivité positive, personnalité et bien-être	328
7.3	Affectivité positive et santé auto-évaluée	329
7.4	Affectivité positive et morbidité	329
7.5	Affectivité positive, mortalité et survie	330
7.6	Les chemins de l'affectivité positive à la santé, discussion	331
8.	Le modèle en cinq facteurs (FFM)	334
8.1	Les modèles factoriels de la personnalité	334
8.2	Le facteur C : être consciencieux	336
8.3	Le facteur A : être agréable	338
8.4	Le facteur E : extraversion	339
8.5	Le facteur O : Ouverture	341
8.6	Modèle FFM et santé, discussion	341
9.	Le rôle bénéfique de la personnalité, discussion	343
9.1	Personnalité, bien être, qualité de vie et santé auto-évaluée	344
9.2	Personnalité, morbidité et mortalité	345
9.3	Voies psychobiologiques et déterminants constitutionnels	346
9.4	Voies comportementales	347
9.5	Des facteurs en interaction	347
9.6	Personnalité, cognitions et processus transactionnels	348

CHAPITRE 5	DES CROYANCES AUX COMPORTEMENTS : CONCEPTIONS ET MODÈLES	373
1.	Les conceptions de la santé et de la maladie selon l'époque et la culture	375
1.1	L'histoire des conceptions de la santé	375
1.2	La conception de la santé dans différentes cultures	380
2.	Les représentations (contemporaines et occidentales) relatives à la santé et à la maladie	383
2.1	Les croyances « naïves » en matière de santé et de maladie	384
2.2	L'évaluation des croyances des patients	389
2.3	Le modèle d'auto-régulation de la maladie	396
3.	Les comportements de santé (et de maladie)	399
3.1	Promotion de la santé : comportements sains, comportements à risque	399
3.2	Les types de comportements de santé	400
3.3	L'importance des comportements de santé	401
4.	Des croyances aux comportements : les approches socio-cognitives	404
4.1	Les modèles en continuum	404
4.2	Les modèles en stades de changement	413
4.3.	Les modèles socio-cognitifs, discussion	417
4.4	Croyances et comportements de santé, synthèse et conclusion	420
CHAPITRE 6	LES PROCESSUS TRANSACTIONNELS : STRESS, CONTRÔLE, SOUTIEN SOCIAL, ET COPING	433
1.	Le modèle transactionnel	435
1.1	La phase d'évaluation	436
1.2	La phase d'ajustement ou « coping »	437
2.	Le stress perçu	437
2.1	Définition	437
2.2	Les déterminants du stress perçu	438
2.3	Les catégories de stressseurs	439
2.4	La mesure du stress perçu	440
2.5	Les effets du stress perçu sur la santé	444

2.6	Les mécanismes expliquant les effets du stress sur la santé	446
2.7	Conclusion	448
3.	Le contrôle perçu	448
3.1	Définition	449
3.2	Le contrôle perçu comme transaction spécifique	449
3.3	La mesure du contrôle perçu	449
3.4.	L'impact du contrôle perçu sur la santé	454
3.5	Les mécanismes explicatifs	455
4.	Le soutien social	457
4.1	Principales notions	458
4.2	La mesure du soutien social	461
4.3	Les effets du soutien social sur la santé	464
4.4	Les mécanismes explicatifs	468
5.	Les stratégies d'ajustement ou <i>coping</i>	471
5.1.	Historique de la notion de coping	472
5.2	L'approche transactionnelle du stress et du coping	474
5.3	Les stratégies de coping générales	475
5.4	Les stratégies de coping spécifiques	477
5.5	Les déterminants du coping	478
5.6	L'évaluation du coping général : quelques instruments	481
5.7	Quelques échelles de coping spécifiques	487
5.8	L'efficacité des stratégies de coping	493
5.9	Les stratégies de coping : nouvelles perspectives	498
5.10	Les mécanismes d'action du coping	505
6.	Des processus transactionnels revisités	508
CHAPITRE 7	LES MODÈLES EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ : UN ÉTAT DES LIEUX	525
1.	Les modèles sociocognitifs	527
2.	Les modèles biopsychosociaux	528
3.	Le modèle transactionnel classique et ses évolutions	529

4. Un modèle transactionnel, intégratif et multifactoriel (modèle TIM)	531
4.1 Le modèle TIM	532
4.2 Les issues à prédire	534
4.3 Antécédents sociaux	534
4.4 Les antécédents dispositionnels	535
4.5 Les processus médiateurs	536
5. Le modèle TIM et ses applications	537
5.1 Application du modèle à des interventions	537
5.2 Applications du modèle TIM à la recherche	538
5.3 Critiques et perspectives	539
INDEX DES NOTIONS	543

Préface

Il n'est sans doute pas commun que l'élève soit un jour sollicité par son maître pour préfacer l'un de ses ouvrages. C'est donc avec beaucoup de plaisir que j'ai accepté l'honneur qui m'était fait. Il appartient maintenant à l'élève que je suis de resituer le contexte dans lequel paraît aujourd'hui la nouvelle édition de l'ouvrage de Marilou Bruchon-Schweitzer et d'Émilie Boujut, « Psychologie de la Santé », initialement publié par Marilou Bruchon-Schweitzer seule en 2002. Nouvelle édition, dis-je bien, et non pas réédition de la première version. Que le lecteur qui connaît le livre de 2002 ne s'y trompe pas : le présent ouvrage n'est pas une simple actualisation de surface de celui-ci mais une refonte totale, une réécriture intégrale à quatre mains, et s'en distingue radicalement sur la forme (organisation des chapitres) et sur le fond (mise à jour complète des concepts, des modèles, des outils et des avancées dans la recherche et les applications en psychologie de la santé). Le lecteur trouvera donc matière à (re)découvrir la richesse et la diversité qui fondent la psychologie de la santé à l'orée de ce xxi^e siècle, et à approfondir ses connaissances sur la question.

Nombreux sont aujourd'hui les professionnels et/ou universitaires qui travaillent dans le champ de la psychologie de la santé. Foisonnantes sont les publications dans ce domaine, qui ont littéralement explosé ces dernières années. Et il semble bien loin le temps où cette discipline était considérée en France comme marginale, voire inexistante. Pourtant, moins de 30 ans seulement nous séparent de ces années 1985-1995 au cours desquelles la psychologie de la santé a progressivement émergé dans notre pays. Rappelons-en les étapes clefs.

Si la psychologie de la santé a été officialisée en 1979 par l'*American Psychological Association* (section 38 de l'APA) et a rapidement marqué son ancrage en Europe en 1986 avec la première Conférence de la *European Health Psychology Society* (EHPS) dont le professeur Stan Maes fut le président fondateur, c'est sensiblement à la même époque, mais plus lentement, que ce courant va émerger et se développer en France.

L'histoire de la psychologie de la santé en France commence notamment dans les Universités de Metz, Rennes, Toulouse et Bordeaux. Que le lecteur ne s'offense pas si je cible plus spécifiquement celle que je connais le mieux : la contribution de Bordeaux qui débute avec la nomination du Professeur Marilou Bruchon-Schweitzer dans cette université.

Déjà grande spécialiste de la problématique du corps¹, celle-ci souhaite explorer plus largement les questions relatives à la santé et à la maladie physique. C'est donc avec beaucoup d'humilité, que le jeune psychologue que j'étais alors a accepté en 1986 sa proposition de participer à la création d'un groupe de recherche en « psychologie médicale » qui deviendra, quelques années plus tard, une équipe de recherche en psychologie de la santé.

De 1986 à 1994, ce groupe de recherche s'est progressivement étoffé et de nombreux travaux ont été impulsés, portant sur l'exploration des déterminants psychosociaux de l'ajustement de sujets confrontés à divers stressseurs (médico-hospitaliers, professionnels, etc.), ainsi que sur la validation de divers outils d'évaluation du stress ou de dimensions associées (soutien social, coping, etc.). Au cours de cette période, les toutes premières thèses françaises en psychologie de la santé seront soutenues.

Parallèlement, la participation régulière à de nombreux congrès internationaux de psychologie de la santé permet à cette équipe d'intégrer de nouvelles conceptions, jusqu'alors peu connues en France et donc non enseignées, portant notamment sur le modèle transactionnel du stress développé par Lazarus et Folkman (1984). C'est ainsi que parut en 1994 le premier ouvrage français, coordonné par Marilou Bruchon-Schweitzer et Robert Dantzer, présentant cette nouvelle discipline et ses principaux concepts : « Introduction à la Psychologie de la Santé »². C'est sans doute une des raisons pour lesquelles la **European Health Psychology Society** accepta la même année (Conférence d'Alicante, 1994) la candidature de l'Université de Bordeaux 2 pour l'organisation de sa 11^e conférence annuelle qui s'est tenue les 3-5 septembre 1997 sur le thème « Personality, Coping and Health ». Cette manifestation scientifique, que Marilou Bruchon-Schweitzer et moi-même avons coprésidée, a ainsi accueilli plus de 500 participants issus de tous les continents et a constitué un temps fort dans la vie de cette jeune équipe bordelaise de psychologie de la santé.

En 1992, s'ouvre à Bordeaux un premier parcours « Psychologie de la santé » en maîtrise de psychologie, qui permet alors d'orienter certains étudiants vers cette nouvelle spécialisation de la psychologie, en pleine expansion dans de nombreux pays d'Europe mais quasiment encore inexistante en France. Tout était à créer pour asseoir cette nou-

1. Voir son ouvrage de 1990, *Une psychologie du corps*, Paris, PUF, coll. Psychologie d'Aujourd'hui.

2. Bruchon-Schweitzer, M. et Dantzer, R. [éds.] (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris, PUF, coll. Psychologie d'Aujourd'hui.

velle filière. La tâche n'était pas facile mais l'enjeu passionnant : contenus d'enseignements, recherche de lieux de stages, rencontres avec les médecins du CHU de Bordeaux et de diverses autres structures de soins de la région Aquitaine, afin d'impulser des recherches, etc. Ainsi, de 1992 à 2000, cette spécialité a été progressivement investie par des étudiants toujours plus nombreux, désireux d'accomplir un DEA (Master 2 Recherche) dans ce champ, puis de s'orienter vers une thèse.

Ce n'est qu'en 2000 qu'une habilitation ministérielle a autorisé l'ouverture à Bordeaux du premier DESS de psychologie de la santé, mention « Psychopathologie de l'adaptation au stress ». Il s'agissait là d'une étape importante, tant pour la visibilité de cette spécialité en France que pour la possibilité de former professionnellement des psychologues de la santé, pouvant faire montre d'un savoir et d'un savoir-faire spécifiques et complémentaires de ceux des autres spécialités de la psychologie (de la psychopathologie, notamment).

Soucieux d'impulser plus encore en France cette spécialité, nous avons, avec certains collègues de Metz (E. Spitz), de Toulouse (M.-T. Munoz Sastre, notamment), de Lille (D. Hermand), de Rennes (A. Cerclé) et d'Aix-Marseille (M. Morin, notamment), créé l'Association Française (devenue depuis Francophone) de Psychologie de la Santé (AFPSa), dont Marilou Bruchon-Schweitzer fut la première présidente. Le premier congrès de cette Association, organisé à Bordeaux les 5-6 octobre 2001, a accueilli près de 300 congressistes : un réseau français de psychologie de la santé commençait ainsi à se constituer. Depuis, le nombre de participants à ces congrès biennaux n'a cessé de croître.

Enfin, au cours de cette même année 2001, sera édité le 2^e ouvrage français de psychologie de la santé que j'ai eu le plaisir de coordonner avec Marilou Bruchon-Schweitzer : « Personnalité et Maladies. Stress, coping et ajustement »¹, qui propose une application des concepts et modèles en psychologie de la santé, sous la forme d'une revue de question exhaustive relative aux déterminants psychosociaux de la genèse et de l'évolution de divers problèmes de santé (maladies chroniques, comportements à risque).

À l'heure où paraît cette nouvelle édition de l'ouvrage de Marilou Bruchon-Schweitzer et d'Émilie Boujut, la France a rejoint les grands pays universitaires européens et internationaux qui explorent la psychologie de la santé, l'enseignent et s'y réfèrent dans la pratique.

1. Bruchon-Schweitzer, M. et Quintard, B. (éds.) (2001). *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*, Paris, Dunod.

En témoigne le nombre croissant d'ouvrages français publiés dans ce domaine, d'enseignants-chercheurs de cette spécialité recrutés au cours des 15 dernières années, de thèses soutenues, de créations de formations professionnelles spécifiques en psychologie de la santé (Masters professionnels¹), de psychologues de la santé recrutés dans les centres de prévention et de soins, ainsi que le foisonnement vivifiant des recherches françaises conduites dans ce champ et diffusées dans des supports internationaux. En témoigne également la belle reconnaissance dont la France a fait l'objet par l'EHPF, puisque l'Université Bordeaux Segalen a récemment accueilli la 27^e Conférence de cette Société du 15 au 19 juillet 2013, sur le thème « Well-being, Quality of Life and Caregiving », qui a réuni pas moins de 900 congressistes du monde entier. C'est dire la grande vitalité dont fait preuve aujourd'hui cette spécialité de la psychologie !

Au regard de cet historique de la psychologie de la santé en France, on comprend à quel point Marilou Bruchon-Schweitzer a joué, depuis plus de trente ans maintenant, un rôle essentiel, majeur et incontournable dans le développement et la promotion de cette discipline. Que cette grande dame de la psychologie de la santé en soit remerciée aujourd'hui.

Si Marilou Bruchon-Schweitzer a sollicité son tout premier « thésard » pour rédiger cette préface, c'est bien sa dernière étudiante en thèse, Émilie Boujut, maître de conférences à l'ESPÉ de Versailles, qui a eu le privilège de participer activement à l'écriture de cette nouvelle édition. Qu'elle soit également remerciée de la précieuse contribution qu'elle a apportée à cet ouvrage.

Celui-ci est organisé autour de 7 chapitres. Dans le premier chapitre « Bonheur, satisfaction de la vie, bien-être, santé et qualité de vie » sont présentées les diverses issues de santé (critères) que les études menées dans les sciences de la santé tentent de prédire : santé psychologique (bien-être, bonheur, qualité de vie, satisfaction, etc.) et physique (bon état fonctionnel, longévité, etc.), mais aussi issues défavorables, qu'elles soient psychosociales (détresse, dépression, anxiété, burnout, conduites addictives, etc.) ou fonctionnelles (initiation et évolution d'une pathologie chronique ou aiguë, rémission, récurrence, mortalité).

Le deuxième chapitre décrit les différents « Facteurs environnementaux et sociaux de la santé » : antécédents distaux (politiques de santé,

1. À ce jour, l'Association Francophone de Psychologie de la Santé (AFPSa) a recensé 6 universités proposant un parcours professionnel complet en psychologie de la santé : Aix-Marseille, Bordeaux, Chambéry, Lille, Metz et Paris-Descartes.

contexte économique, etc.), intermédiaires (statut socio-économique, etc.) et proches (communauté, famille, couple, etc.), ainsi que leurs effets sur la santé physique, mentale et/ou sociale.

Les deux chapitres suivants sont consacrés aux antécédents de personnalité, certains ayant un effet pathogène (chapitre 3 « La personnalité comme facteur de vulnérabilité » : type A, type D, type C, alexithymie, anxiété, dépression, etc.), d'autres des effets salutogènes (chapitre 4 « Les aspects protecteurs de la personnalité » : conscience, optimisme, contrôle, endurance, sens de la cohérence, résilience, auto-efficacité, affectivité positive, etc.).

Les antécédents sociaux et dispositionnels peuvent exercer leurs effets directement sur la santé. Mais ils peuvent également agir indirectement, en transitant par des processus médiateurs, socio-cognitifs (représentations, notamment) et transactionnels. C'est ce que nous proposons de considérer les deux chapitres suivants.

Le chapitre 5 « Des croyances aux comportements : conceptions et modèles » s'intéresse aux diverses conceptions de la santé et de la maladie selon les époques (Grèce antique, époque gallo-romaine, etc.) et les cultures (Asie, Inde, Afrique, etc.), aux représentations (croyances naïves, savantes, regards respectifs et croisés de la dyade patient/médecin) et comportements associés (sains ou à risque), ainsi qu'aux approches sociocognitives de la santé et de la maladie (HBM, théorie du comportement planifié, modèle de l'auto-régulation, etc.).

Le chapitre 6 « Les processus transactionnels : stress, contrôle, soutien social et coping » insiste sur le rôle majeur de ces variables médiatrices dans la compréhension de la santé et de la maladie et présente des perspectives théoriques originales (approches systémique, développementale, psychoneuroimmunologique, etc.) et des notions nouvelles (coping dyadique, proactif, centré sur la recherche de sens, etc.).

Enfin, le chapitre 7 « Les modèles en psychologie de la santé : un état des lieux » est une synthèse précieuse des notions et modèles présentés au fil des chapitres. Il propose un modèle heuristique, à la fois Transactionnel, Intégratif et Multifactoriel (modèle TIM), fondé sur les acquis des recherches et comprenant l'essentiel des notions et processus présentés dans l'ouvrage. Ce modèle a été remanié et complété (par rapport à celui qui figure dans la précédente édition de cet ouvrage), afin d'intégrer les résultats des recherches récentes dont cet ouvrage rend compte. Ce qui est nouveau est qu'il intègre comme médiateurs, non seulement ceux issus du modèle transactionnel classique (stress, coping, soutien, etc.), mais aussi ceux issus des modèles socio-cognitifs, c'est-à-

dire diverses représentations et comportements de santé, considérés ici comme des médiateurs entre antécédents et issues de santé. Ce modèle TIM devrait permettre, sous réserve d'être spécifié pour chaque étude particulière (en choisissant seulement les variables pertinentes pour une étude et une population données), de mettre à l'épreuve diverses hypothèses concernant les effets directs et indirects des divers antécédents sociaux et dispositionnels sur la santé psychosociale et physique.

Au final, cette nouvelle édition française de l'ouvrage « Psychologie de la Santé » proposée par Marilou Bruchon-Schweitzer et Émilie Boujut rend compte, à ce jour, de l'approche la plus complète et la plus actualisée des modèles, concepts et méthodes qu'offre la psychologie de la santé contemporaine, ainsi que des enjeux et défis importants qui s'ouvrent aux chercheurs et aux praticiens d'aujourd'hui.

Il constitue à ce titre un outil particulièrement précieux et utile pour tous ceux qui s'intéressent aux questions relatives à la santé et à la maladie : étudiants en sciences sociales et psychologiques ou du secteur médico-social, enseignants-chercheurs en psychologie et professionnels du champ sanitaire et psychosocial. Nous pouvons d'ores et déjà lui prédire une issue favorable (en nombre de lecteurs) et une espérance de vie au moins égale à la première parution (soit 12 ans, environ), avant d'avoir le plaisir de lire vers 2026 la prochaine édition de cet ouvrage !

Bruno Quintard

Professeur de psychologie de la santé, Université de Bordeaux
Responsable du master professionnel de psychologie de la santé

Président de la Société Française de Psychologie
Membre fondateur de l'Association Francophone
de Psychologie de la Santé (AFPSa)

Membre du comité exécutif de la Division 8 « Health Psychology »
de l'International Association of Applied Psychology (IAAP)

Introduction

Nous passerons en revue dans cet ouvrage les divers déterminants de la santé : des antécédents, des processus médiateurs et des issues. Nous présenterons dans le premier chapitre les diverses issues que les études menées dans les sciences de la santé tentent de prédire : santé psychologique (bien-être, bonheur, qualité de vie, satisfaction, etc.) et physique (bon état fonctionnel, longévité, etc.), mais aussi issues de santé défavorables, tant psychosociales (détresse, dépression, anxiété, *burnout*, conduites addictives, etc.) que fonctionnelles (initiation et évolution d'une pathologie chronique ou aiguë, rémission, récurrence, mortalité), ainsi que les mesures de ces divers critères de santé.

Dans le chapitre 2, les déterminants environnementaux et sociaux de la santé, distaux, intermédiaires et proches seront décrits, ainsi que leurs effets sur la santé physique, mentale, sociale, etc. Les deux chapitres suivants sont consacrés aux antécédents de personnalité, certains ayant des effets pathogènes (chapitre 3), d'autres des effets protecteurs (chapitre 4).

Les effets de ces divers antécédents sur la santé peuvent être fragilisants ou protecteurs, directs ou indirects. Lorsqu'ils sont indirects, les effets des différents antécédents sur la santé peuvent transiter des représentations et attitudes pouvant induire des comportements sains ou à risques (chapitre 5). L'impact des antécédents peut aussi transiter par des processus transactionnels (stress perçu, contrôle perçu, soutien social perçu, stratégies de coping). L'approche de ces processus par le modèle transactionnel classique ainsi que des perspectives théoriques et notions nouvelles seront présentées dans le chapitre 6.

Le chapitre 7 sera la synthèse des notions et modèles présentés au fil des chapitres. Il proposera un modèle à la fois transactionnel, intégratif et multifactoriel (modèle TIM) fondé sur les acquis des recherches et comprenant l'essentiel des notions et processus présentés dans cet ouvrage. Il permettra, à condition d'être spécifié pour chaque étude particulière, de mettre à l'épreuve diverses hypothèses concernant les effets directs et indirects des divers antécédents sociaux et dispositionnels sur la santé (physique, mentale, sociale, etc.).

**BONHEUR,
SATISFACTION
DE LA VIE, BIEN-ÊTRE,
SANTÉ ET QUALITÉ
DE VIE**

Sommaire

1. Les origines	5
2. L'évolution des notions et les disciplines concernées.....	6
3. Les différents concepts.....	12
4. La qualité de vie	39
5. Santé, bien-être et qualité de vie : synthèse et discussion	65
Bibliographie.....	70

Pour Matarazzo (1984), pionnier de la discipline, la psychologie de la santé est l'application des savoirs fondamentaux de la psychologie à la compréhension de la santé et de la maladie.

La psychologie de la santé a beaucoup évolué ces dernières années ; elle n'est plus seulement l'étude des facteurs psychosociaux pouvant affecter l'initiation et l'évolution des maladies (Bruchon-Schweitzer, 1994) ; elle intègre également ceux ayant un effet sur des issues de santé positives (qualité de vie, satisfaction de la vie, bien-être, bonheur, santé physique et mentale). Située à l'interface de la psychologie et des sciences de la santé, elle a développé des concepts et des modèles théoriques originaux et réfutables. Elle essaie, en collaboration avec les disciplines voisines, de comprendre les voies biopsychosociales menant aux diverses issues de santé. Les études sont menées sur des patients et leurs aidants, ainsi qu'en population générale sur les individus et leur entourage, placés dans des contextes variés (école, milieu de travail, etc.). Elle a aussi des objectifs appliqués : contribuer à la prévention (promotion des comportements de santé et réduction de comportements à risques), à l'optimisation de la prise en charge des patients, à la formation des personnels soignants et à l'amélioration des systèmes de soin.

1. Les origines

L'intérêt pour des concepts comme santé, bien être, bonheur, satisfaction et qualité de la vie s'est considérablement accru depuis les années 1960-1970. La notion de qualité de vie apparaît pour la première fois dans quelques textes à la fin des années 1950 et plus officiellement dans *Les Annales de médecine interne* en 1966. La qualité de vie est devenue un concept si populaire que de nombreux ouvrages (Rapley, 2003 ; Fayers et Machin, 2007) et plusieurs revues lui sont spécifiquement consacrés (*Applied Research in Quality of Life*, *Health and Quality of Life Outcomes*, *Quality of Life Research*, *Journal for Quality of Life Measurement*).

Le nombre total d'articles utilisant comme premier mot-clé *quality of life* a beaucoup augmenté depuis les années 1960, passant de zéro à plusieurs milliers (Kaplan et Ries, 2007). Quant aux outils mesurant diverses issues de santé évaluées par les patients (dont le bien-être, le bonheur, la satisfaction, la qualité de vie), leur développement est, lui aussi, considérable et il y en aurait environ cinq cents (Emery, Perrier et Acquadro, 2005). Nous allons examiner les origines et l'évolution de ces différentes notions, puis nous décrirons ensuite plus précisément la

qualité de vie, la plus intégrative d'entre elles, ses composantes (points de vue et domaines) et les principaux outils permettant de l'évaluer (génériques, spécifiques). Nous concluons ce chapitre en évoquant les problèmes théoriques que soulèvent encore ces concepts, notamment celui de qualité de vie.

Il est important de replacer l'émergence de ces notions dans leur contexte (historique et économique). Bognar (2005, p. 561-566) rappelle que le *mouvement des indicateurs sociaux* (datant du milieu des années 1960) prônait l'utilisation de certains index (produit intérieur brut, niveau d'éducation, espérance de vie, etc.) pour évaluer les conditions de vie des populations. Pour l'histoire de ce mouvement et ses tendances récentes, on consultera la revue *Social Indicators Research* (fondée en 1974). Les indicateurs sociaux peuvent être utilisés pour orienter les politiques des divers pays en matière de santé publique. Depuis les années 1960, sont publiés régulièrement des rapports (courbes, statistiques) fondés sur ce type de mesure. Ainsi, le niveau de vie et la santé des populations ont fait l'objet de nombreuses enquêtes nationales (INSEE, INED, Observatoire des inégalités, etc.) et internationales (Union européenne, OMS, OCDE, ONU, Banque mondiale, etc.).

De tels indicateurs ont été critiqués, notamment à partir des années 1980. Ils furent jugés trop *généraux* (des moyennes ne nous disent rien des caractéristiques particulières d'une société, de ses inégalités, par exemple) et *réducteurs* (le bien-être des individus ne se borne pas à leurs ressources matérielles). On considère que, au-delà de la légitime satisfaction des besoins fondamentaux des individus (ce qui suppose des ressources objectivement suffisantes), ce sont les aspects qualitatifs de leur bien-être (bonheur, satisfaction...) qui correspondent à un véritable progrès social. Nous allons voir que les conceptions, définitions et mesures de la qualité de vie sont encore largement sujettes à discussion.

2. L'évolution des notions et les disciplines concernées

La qualité de vie (qualité de vie) est un concept à la mode depuis les années 1980-1990 qui a réussi à supplanter, tout en les intégrant, des notions voisines (bonheur, satisfaction de la vie, bien-être, santé). Elle concerne de nombreuses disciplines (médecine, épidémiologie, santé publique, sociologie, économie, psychologie de la santé, etc.) et fait l'objet de très nombreuses études. La notion paraît évidente et banale,

elle est en réalité complexe et difficile à définir. Les conceptions de la qualité de vie sont fort différentes selon que l'on en privilégie : les aspects *objectifs* (conditions et niveau de vie, état de santé...) ou *subjectifs* (satisfaction, bonheur, bien-être subjectif...) ; la *totalité* ou des composantes : *physique* (état fonctionnel, santé organique), *mentale* (santé psychique) ou *sociale* (réseau relationnel, ressources sociales). Nous allons examiner les apports ayant enrichi cette notion, ses définitions, ses domaines et composantes, ses méthodes d'évaluation générales et spécifiques, pour conclure sur les questions restant posées.

2.1 Le point de vue philosophique

Le bien-être serait l'objectif ultime de l'existence, que cherchent à atteindre les êtres humains (souhaiter être heureux est, pour Aristote, le désir suprême). La tradition philosophique occidentale oppose les optimistes, pour qui le bonheur, état de satisfaction totale, est possible (Spinoza, Montaigne, Diderot), voire facile (Épicure) et les pessimistes, pour qui il est difficile (Rousseau), voire impossible (Pascal, Schopenhauer, Freud).

Les épicuriens, les hédonistes et certains empiristes comme John Stuart Mill prônent la recherche du plaisir qui aboutit à un sentiment de plénitude, proche du bonheur (mais le premier est momentané, alors que le second est durable). D'autres, comme Kant, opposent la recherche du bonheur et la morale. Les stoïciens reconnaissent que le bonheur est une aspiration humaine fondamentale, mais cette quête étant source de frustrations, ils conseillent d'éviter la recherche du plaisir et de renoncer à la poursuite du bonheur. Plusieurs auteurs pensent que des positions philosophiques explicites ou implicites sous-tendent encore les conceptions et les mesures actuelles de la qualité de vie (Bognar, 2005, p. 565-578 ; Cummins, 2005, p. 699 ; Rapley, 2003, p. 22).

2.2 Le point de vue médical

Ce sont essentiellement les médecins et les chercheurs en santé publique, en épidémiologie et en psychiatrie qui vont assurer le succès de la notion de qualité de vie, qui finira par intégrer les notions voisines (bien être, santé, bonheur, satisfaction...), jusqu'à devenir extrêmement étendue et complexe. Si l'on mesurait au départ des « critères » simples de santé/maladie (morbidité, mortalité, longévité), cohérents avec le modèle biomédical longtemps dominant, divers bouleversements vont faire évoluer les « issues » considérées dans les recherches (pour une analyse plus détaillée, voir Leplège, 1999, 2008).

Les progrès médicaux — traitement des maladies infectieuses notamment — se sont traduits à la fois par l'accroissement de la longévité des populations et par celui de diverses maladies chroniques aux conséquences nouvelles et multiples (physiques, mentales, sociales), affectant le bien être des patients. Il est alors devenu fondamental de restaurer ou de préserver la qualité de vie des sujets âgés et de construire des outils évaluant l'impact physique, mental et social des diverses pathologies, ainsi que des soins et traitements associés. Il s'agit ici, plutôt que de qualité de vie générale, de *qualité de vie liée à la santé* (qualité de vie liée à la santé ou en anglais, *HRQoL : Health Related Quality of Life*), qui correspond aux répercussions de l'état de santé sur les autres aspects de la vie. La qualité de vie liée à la santé a été évaluée de façon tantôt générale (avec les mêmes items pour tous), tantôt spécifique (items « sur mesure » pour des pathologies ou des patients particuliers).

On évalue de plus en plus l'impact des divers types de traitements des maladies chroniques en termes *qualitatifs* (bien-être des patients) plutôt que *quantitatifs* (nombre d'années de vie gagnées). Pour certaines maladies évolutives (comme les cancers), nécessitant des traitements relativement « agressifs » (chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie, immunothérapie), se pose le problème de la qualité, plus que de la quantité de (sur) vie qu'ils permettent. Certains soins palliatifs sont souvent préférés à des traitements invasifs et douloureux chez des patients en phase terminale. C'est le bénéfice pour les patients plutôt que la sophistication technique à tout prix qui est de plus en plus souvent prise en compte dans les choix thérapeutiques. Nous sommes tellement persuadés que la santé est l'absence de déficit organique ou fonctionnel et que la maladie est un fardeau que nous sommes très surpris quand des patients considérés par leur entourage comme gravement malades ou handicapés se déclarent pourtant satisfaits de leur vie.

À ce propos, Koch (2000) rapporte des résultats complètement contre-intuitifs. Si, par exemple, 18 % seulement des professionnels de la santé prenant en charge des traumatisés médullaires estiment que ceux-ci auront une qualité de vie acceptable, une évaluation positive de la vie apparaît chez 92 % de ces mêmes patients (dont on sait pour la grande majorité qu'ils ne marcheront plus). On a parlé du « droit à l'euthanasie » pour certains patients atteints de maladies évolutives (myopathies, sclérose en plaques) aboutissant à un état de dépendance extrême (par exemple vis-à-vis d'un « respirateur »). L'auteur ne dénie pas le caractère insupportable de ces maladies, mais rapporte des cas où elles ont été vécues comme une « aventure exceptionnelle », une « quête spirituelle » ou une « expérience de vie positive ».

Du côté des soignants comme du côté des patients, s'est développée la remise en question d'une qualité de vie qui serait définie de façon standard. Le modèle médical suppose que chacun d'entre nous réfère sa QdV à un niveau optimal de fonctionnement. Or ce n'est pas parce que des patients âgés et/ou handicapés ont une moindre autonomie fonctionnelle que leur qualité de vie est moins bonne que celle des jeunes et/ou personnes valides. Le fait de le croire est un stéréotype qui ne fait que renforcer les discriminations (Leplège, 2008).

Les croyances des médecins et des malades sont parfois bien différentes (en ce qui concerne l'efficacité des traitements par exemple)¹. Nous évoquerons plus loin (voir *infra*, chap. 5) les doutes du public quant à l'infailibilité de la médecine. Des mesures hétéro et auto-évaluées de la QdV avant et après une intervention seraient souhaitables ; elles permettraient d'obtenir et de comparer les différentes évaluations relatives aux effets des traitements, ce qui faciliterait la communication entre médecins et patients.

Les instances chargées de réguler les coûts de la santé — comme la sécurité sociale et les mutuelles en France — tentent de faire des compromis entre les exigences de qualité des services rendus aux usagers et des contraintes économiques. On parle à ce propos d'*analyse d'utilité*, thème qui est au cœur de vives polémiques. Le problème délicat de la maîtrise des budgets de santé sans sacrifier la qualité des soins rendra nécessaire, à court terme, l'utilisation systématique de mesures de la *qualité de vie* (QdV), notamment de ses aspects liés à la santé physique et mentale (qualité de vie associée à la santé).

Depuis plusieurs dizaines d'années, les cliniciens et chercheurs en santé publique sont convaincus que la QdV inclut non seulement l'*état fonctionnel* « objectif » des patients, mais aussi leur *bien-être subjectif* qui sont des composantes distinctes de la QdV. En effet, les corrélations observées entre ces deux aspects sont *modestes* chez les patients comme dans la population générale (Cummins *et al.*, 2004b ; Kaplan et Ries, 2007 ; Okulicz-Kozarin, 2012 ; Rapley, 2003). En effet, la perception des symptômes, la décision de consulter et l'adhésion thérapeutique dépendent davantage des perceptions des patients que de leur état fonctionnel effectif.

La définition de la santé adoptée par l'OMS (1946) traduit cet infléchissement (la santé est définie comme un état de bien être complet et pas simplement par l'absence de maladie). Pour évaluer la QdV associée

1. Diverses études concernant l'efficacité des traitements ont montré que l'opinion des médecins et celle des patients divergent en moyenne dans la moitié des cas (Leplège, 1999, p. 7).

à la santé chez les patients, on utilise le plus souvent aujourd'hui des outils intégrant ces diverses dimensions. On évalue ainsi les effets de divers traitements ou prises en charge non seulement sur l'état fonctionnel des patients mais aussi sur leur bien-être subjectif¹.

2.3 Les points de vue économique et politique²

La notion de qualité de vie, telle qu'elle était conçue par les économistes et politiciens, se référait surtout aux conditions matérielles permettant un niveau de vie optimal auquel tout individu devrait pouvoir accéder. Flanagan (1982), chargé d'évaluer la qualité de vie des Américains, proposera de prendre en compte, non seulement des indicateurs classiques (niveau d'éducation, niveau socio-économique...), mais aussi certains aspects du bien-être subjectif (santé perçue, aspirations, sentiment de liberté...). Dans les pays développés, il y a longtemps que les responsables politiques affirment que les droits des citoyens ne se réduisent pas à la satisfaction de leurs besoins matériels³.

Selon Rapley (2003, p. 2-10) et Bogner (2005, p. 561-566), les gouvernements et institutions de santé des pays développés admettent de plus en plus que les indicateurs économiques de développement sont insuffisants et qu'il faut y ajouter des indicateurs psychosociaux. Les recherches, centrées tout d'abord sur le bien-être matériel (*economic welfare*) intégrèrent de plus en plus d'indicateurs environnementaux et sociétaux (épidémies, niveau de pollution, nombre de médecins, taux de criminalité...), puis des indicateurs individualisés et « subjectifs » (satisfaction, bonheur...). Ainsi, les informations sur les conditions de vie objectives des individus seront complétées par la façon dont ceux-ci évaluent globalement leur vie.

La CMEPSA (Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress) comprenant des spécialistes de diverses disciplines (économie, médecine, santé publique, sciences humaines et

1. Leplège (1992, p. 12) évoque les utilisations potentielles des mesures de QdV, très nombreuses et diverses : surveillance de l'état de santé de patients ou groupes de patients, prévention d'incidents graves chez des populations à risques ; évaluation de thérapeutiques concurrentes, des conséquences de divers traitements, de la pertinence de décisions médicales, de l'évolution de la santé et du bien être des patients ; identification des besoins des usagers, etc.

2. Nous n'aborderons pas dans cet ouvrage l'histoire des représentations et pratiques de santé, effleurées dans le chapitre 5. On pourra se reporter aux ouvrages de G. Vigarello (*Histoire des pratiques de santé*).

3. Ainsi par exemple, Thomas Jefferson, président des États-Unis (1801-1809) proposait déjà d'inclure dans la constitution le « droit au bonheur » de chaque américain. Ceci annonce déjà la dualité future des notions de bien être et de qualité de vie, comprenant des aspects objectifs (quantitatifs) et des évaluations subjectives (qualitatives).